

ERSTE STAATSPRÜFUNG
FÜR DAS LEHRAMT AN SONDERSCHULEN
01.08.2012

AN DER
FAKULTÄT FÜR SONDERPÄDAGOGIK
DER PÄDAGOGISCHEN HOCHSCHULE LUDWIGSBURG
IN VERBINDUNG MIT DER UNIVERSITÄT TÜBINGEN
MIT SITZ IN REUTLINGEN

WISSENSCHAFTLICHE HAUSARBEIT

THEMA:
Problemanzeige: Sexualität bei schwerer Behinderung

1. Prüferin:	Prof'in Dr. Ursula Stinkes
2. Prüfer:	Prof. Dr. Hans Weiß

Schroeder, Marie

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Der Personenkreis: Menschen mit schweren Behinderungen	4
3. Die psychosexuelle Entwicklung bei Menschen mit schweren Behinderungen	13
4. Die Ausdrucksformen der Sexualität von Menschen mit schweren Behinderungen	22
4.1 Sozial-gesellschaftliche Einflüsse / Bedingungen	22
4.2 Der Einfluss von Körperschädigungen	23
4.3 Mögliche Ausdrucksformen sexuellen Verhaltens	24
4.4 Ein erweiterter Begriff von „Sexualität“	26
5. Rechtliche Aspekte	28
5.1 Juristische Grundprinzipien	28
5.2 Rechtliche Rollen	29
5.3 Ausgewählte rechtliche Themen	31
6. Sexualassistenz	35
6.1 Begriffsbestimmung	35
6.2 Initiierung, Organisation und inhaltliche Gestaltung	36
6.3 Beispiel Nina de Vries	41
6.4 Was Sexualassistenz leisten kann / Chancen	43
7. Sexualpädagogik	47
7.1 Begriffsbestimmungen	47
7.2 Richtungen in der Sexualpädagogik	49
7.3 Übergreifende Aspekte einer Sexualpädagogik (nicht nur) für Menschen mit schweren Behinderungen	51
7.3.1 Sexualerziehung als Teilaspekt der Gesamterziehung	52
7.3.2 Sexualfreundliche Sexualerziehung	53
7.3.3 Professionalisierung des pädagogischen Personals	54
7.3.4 Einbindung von Angehörigen	58
7.3.5 Sexualerziehung in körpernahen Situationen	60
7.3.6 Schutz vor sexualisierter Gewalt	62
7.4 Ziele, Inhalte und Grenzen einer Sexualerziehung bei Menschen mit schweren Behinderungen	63
7.4.1 Ziele	63
7.4.2 Inhalte und methodische Umsetzung	65
7.4.3 Probleme und Grenzen	70
8. Fazit	72
9. Literatur	74

1. Einleitung

Sexualität und schwere Behinderung – zu der Beschäftigung mit dem Thema bewog mich die Motivation, eine Antwort auf folgende Frage zu finden: „Was kann man pädagogisch gegen „anstößiges“, sexualisiertes Verhalten schwer (geistig) behinderter Menschen tun?“ Zu der Frage kam ich über die Erfahrungen, die ich während meines freiwilligen sozialen Jahres auf einer Wohngruppe für körper- und geistigbehinderte Erwachsene machte. Sexualität war dort häufiger ein Thema. Eine Kollegin aus dem Team hatte eine sexualpädagogische Zusatzausbildung absolviert und war für die gesamte Einrichtung für sämtliche Fragen und Probleme im Zusammenhang mit der Sexualität der Bewohner zuständig. Ich erinnere mich gut daran, als sie in einem bestimmten Fall überfordert war und hilflos sagte: „Ich weiß auch nicht, was ich tun soll.“ Es ging um einen Mann, der häufig in der Öffentlichkeit sowie auch in der Wohngruppe masturbierte, hier z.B. über dem Gesicht weiblicher Mitbewohnerinnen, während diese auf dem Wohnzimmersofa lagen. Der Mann verfügte nicht über Verbalsprache und kognitive Herangehensweisen an pädagogische Aufgabenfelder erreichten ihn nicht. Ich dachte damals, dass solches Verhalten die Integration dieses Mannes erheblich behindert. Wer, wenn nicht die für die Einrichtung zuständige Sexualpädagogin sollte eine Lösung für das Problem haben? War ihm nicht zu helfen? Bei einem anderen Bewohner wurde Sexualassistenz in Betracht gezogen, weil dieser häufig Mitarbeiterinnen durch sexualisierte Sprache provozierte. Auch in diesem Zusammenhang erinnere ich mich an die Aussage einer Kollegin: „Dem gönne ich das nicht, so unverschämt, wie er immer ist. Dem anderen Bewohner, dem netten, gönne ich es viel mehr.“ Dieser andere, „nette“ Bewohner war schwer körper- und geistigbehindert und sprach nicht. Ich fragte mich: Wie deutlich und auf welche Weise muss ein Bewohner ein sexuelles Bedürfnis äußern und muss erst ein offensichtliches Problem bestehen, damit ein solches Bedürfnis wahrgenommen und darauf reagiert wird – z.B. durch Sexualassistenz? Sexualisiertes Verhalten begegnete mir auch während eines Praktikums an einer Schule für Körperbehinderte in Form von wiederholten verbalen Übergriffen eines Schülers mir gegenüber. Ich fragte daraufhin einen Lehrer, ob Sexualerziehung im Unterricht vorkomme. Er antwortete, er wisse, dass das Thema vor der Berufsschulstufe nicht behandelt werde. Ob es dort Inhalt sei, wisse er nicht. Die meisten Schüler der Berufsschulstufe waren damals in meinem Alter. Ich empfand es als großes Versäumnis, dass sie zu diesem Zeitpunkt noch keinerlei Sexualerziehung

erfahren hatten. Wieder sah ich eine große Integrationsbarriere für diesen und einige andere Schüler, da ein solches Verhalten gesellschaftlich nicht akzeptiert ist und zum sozialen Ausschluss führt. Die Liste von Situationen, in denen ich bisher mit der Sexualität von Menschen mit Behinderungen konfrontiert war, ist damit keineswegs vollständig. Was gezeigt werden soll: In der Arbeit mit diesen Menschen ist Sexualität ein wichtiges Thema. Ich glaubte damals, ein Problem erkannt zu haben: Die Sexualität behinderter Menschen wird im Allgemeinen ignoriert, woraus eine unzureichende (oder gar keine) Sexualerziehung im Kindes- und Jugendalter folgt. Ausdrücke von Sexualität im Schulalltag werden weder begrüßt noch abgelehnt, sondern schlicht ausgeblendet. Im Erwachsenenalter ist es nicht akzeptiert, wenn sexuelle Verhaltensnormen nicht eingehalten werden. Woher sollten diese Erwachsenen aber die Normen kennen, wenn nicht vermittelt durch eine Sexualerziehung, die zu einem hierfür angemessenen Zeitpunkt im Kindes- und Jugendalter stattfindet und die auch den kognitiven Fähigkeiten der teilweise schwer geistigbehinderten Schüler entspricht? Anders gesagt: In den Defiziten der Sexualpädagogik von Schülern mit schweren Behinderungen meinte ich den Grund für die Probleme der erwachsenen Bewohner meiner Wohngruppe erkannt zu haben.

Es überrascht von daher nicht, dass der Schwerpunkt in dieser Arbeit auf das Kapitel 7 „Sexualpädagogik bei Menschen mit schweren Behinderungen“ gelegt wurde. Das Kapitel setzt inhaltlich die vorhergehenden voraus und nimmt an einigen Stellen auf sie Bezug, weshalb sie ihm vorangestellt wurden. Insbesondere mit dem Thema „Sexualassistenz“ ist die Sexualpädagogik für die Personengruppe, um die es geht, in hohem Maße verflochten, wie zu zeigen sein wird. Die beiden Kapitel folgen daher aufeinander. Zugrundegelegt ist eine Bestimmung des Personenkreises „Menschen mit schweren Behinderungen“ (Kap. 2), damit transparent wird, um welche Personen es im Weiteren geht. Es folgen Betrachtungen über die psychosexuelle Entwicklung (Kap. 3) sowie die Ausdrucksformen von Sexualität (Kap. 4) dieses Personenkreises. Im Anschluss daran werden ausgewählte rechtliche Aspekte, die für das Thema relevant sind, aufgezeigt (Kap. 5). Darauf folgen die beiden Kapitel „Sexualassistenz“ (Kap. 6) und „Sexualpädagogik“ (Kap. 7). Am Beginn der Entstehung dieser Arbeit war geplant, das Thema „sexualisierte Gewalt“ in einem eigenen Kapitel darzustellen. Dies wurde nicht umgesetzt. Das Thema wird stattdessen in Kapitel 7 über Sexualpädagogik als Unterpunkt 7.3.6 „Schutz vor sexualisierter Gewalt“ betrachtet. Ebenso hat es im Kapitel 5 über die rechtlichen Aspekte seinen Platz. Ich möchte dem

Thema nicht absprechen, ausreichende Relevanz für ein eigenes Kapitel auch in Bezug auf die Gruppe der Menschen mit schweren Behinderungen zu haben. Es galt jedoch, Schwerpunkte zu setzen und eine Auswahl an Themen zu treffen. Mit Blick auf mein Schwerpunktthema „Sexualpädagogik“ wird „sexualisierte Gewalt“ daher hier als Inhalt von Sexualerziehung betrachtet.

In Bezug auf das methodische Vorgehen ist zu sagen, dass wenig Literatur existiert, die sich speziell mit der Sexualität schwerbehinderter Menschen auseinandersetzt. Meist haben die Autoren entweder ausschließlich körper- oder geistigbehinderte Menschen im Blick, wobei sich die Fachdiskussion zum Thema Sexualität eher auf Menschen mit leichteren Behinderungen konzentriert. Es wurde daher an vielen Stellen dieser Arbeit eine Auswahl aus der Literatur im Hinblick auf die hier gemeinte Personengruppe getroffen. Es handelt sich um eine Problemanzeige, weshalb viele Fragen und Schwierigkeiten aufgezeigt werden, die in dieser Arbeit nicht aufgelöst werden können und daher offen bleiben müssen.

Bei der Bezeichnung von Personengruppen wurde für einen besseren Textfluss die männliche Version verwendet, womit immer beide Geschlechter gemeint sind.

2. Der Personenkreis: Menschen mit schweren Behinderungen

Es ist keineswegs eindeutig, welche Gruppe von Personen eigentlich gemeint ist, wenn man von „Menschen mit schweren Behinderungen“ spricht. Auch die Heil- bzw. Sonderpädagogik, die sich mit dem Personenkreis in besonderer Weise befassen, hat bei der Beschreibung Probleme. Bei einer Begriffsbestimmung findet in diesen Disziplinen häufig eine Gleichsetzung des Begriffes „schwere Behinderung“ mit dem Begriff „Mehrfachbehinderung“ statt¹. Dieser beschreibt das Phänomen jedoch nicht hinreichend, da er nur einen Aspekt herausgreift und andere wichtige Aspekte außer Acht lässt. Zunächst einmal ist nicht jede komplexe Beeinträchtigung eine schwere Behinderung (beispielsweise eine Lese-Rechtschreib-Schwäche in Kombination mit aggressivem Verhalten)². Aus dieser Überlegung kann der Versuch resultieren, die Schwere der Behinderung an der Art der Schädigung festzumachen und so eine „Hierarchie“ zwischen den vielen unterschiedlichen Erscheinungsformen zu konstruieren³. Solche Bemühungen sind aber weder erfolgversprechend noch überhaupt notwendig. Denn eine Behinderung ist nicht alleine durch die Schädigung und nicht zu jeder Zeit in gleicher Weise gegeben. Sie existiert immer nur in einer bestimmten Situation und ist abhängig von der in dieser Situation gegebenen Diskrepanz zwischen drei Komponenten:

1. Die durch die **Schädigung** verursachten bestimmten Verhaltens- und Erlebensdispositionen
2. Die gesellschaftlichen **Erwartungen**
3. Die **Bedingungen** der Situation

Die **Schädigung** kann somatischer, emotionaler oder kognitiver Art sein oder aufgrund eines somatisch-emotional-kognitiven Zusammenspiels bestehen.

Die **Bedingungen** stellen häufig Benachteiligungen sächlicher, sozialer, atmosphärischer, institutioneller oder situativer Art dar. Es können aber auch Bedingungen gegeben sein, die eine Erleichterung darstellen.

Aus den **Erwartungen**, die nicht erfüllt werden können, resultiert eine Überforderung und somit Belastung.⁴

1 Vgl. Bach 1991, 3f

2 Vgl. ebd., 6f

3 Vgl. ebd.

4 Vgl. ebd., 5f

Es wird deutlich, dass die Schädigung als einzige kaum veränderbare, dauerhafte Komponente nur ein Teil des Phänomens „Behinderung“ ist. Behinderung in ihrer Gesamtheit ist also nicht als kontinuierlich feststehende Eigenschaft einer Person auszumachen. Es handelt sich um eine „**Relation**“⁵, die aufgrund des unterschiedlichen Zusammenspiels der drei Komponenten in jeder Situation verschieden sein kann. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) betrachtet in ihrer „Klassifikation der Funktionsfähigkeiten, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) Behinderung dementsprechend als Zusammenspiel zwischen den individuellen Problemen einer Person (als „Krankheit“ im Sinne einer Schädigung oder eines angeborenen Leidens) und der die Person umgebenden Umwelt (d.h. der Gesellschaft). Die Interaktion zwischen den beiden Komponenten bestimmt das Maß an Partizipation, konstituiert also die Behinderung. Die folgende Abbildung verdeutlicht den Zusammenhang:

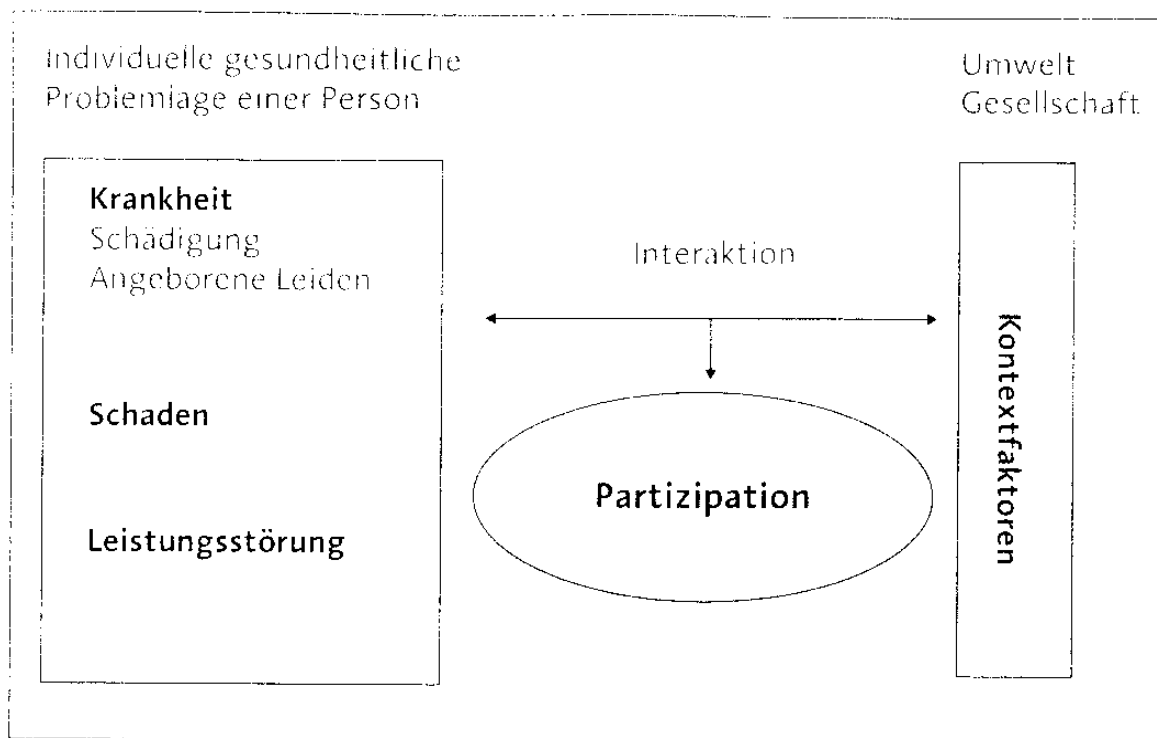


Abbildung 1⁶

Diese relative Sichtweise bringt es mit sich, dass eine universal gültige Definition des Begriffes „Behinderung“ nicht gefunden werden kann⁷, da sich das Zusammenspiel der Komponenten im Einzelfall sehr unterschiedlich gestalten kann.

⁵ Bach 1991, 5f

⁶ Fornefeld 2008, 61

⁷ Vgl. ebd., 64

An dieser Stelle könnte man fragen: Ist es nicht ein absurdes Unterfangen, zu versuchen, die Schwere einer Behinderung überhaupt festzustellen, eine „leichte“ von einer „schweren“ und von dieser noch eine „schwerste“ zu unterscheiden? Auch wenn der Versuch, die absolute Schwere einer Behinderung eindeutig festzustellen, fehlschlagen muss, so sind doch einige Kriterien auszumachen, die für die relative Schwere ausschlaggebend sind. Notwendig ist diese Unterscheidung aufgrund der real gegebenen unterschiedlichen Lebensverhältnisse von Menschen mit Behinderungen, denen in der Arbeit mit diesen Menschen Rechnung getragen werden muss. Fornefeld argumentiert, dass man der Personengruppe einen Namen geben muss, weil sie sonst – selbst im Versorgungssystem für Menschen mit Behinderungen – untergehen⁸. Dies sei begründet durch den auch hier zunehmend herrschenden „Liberalismus mit seinen Prinzipien von Gleichheit und Autonomie“⁹, der sie ausschließe. Menschen mit schweren Behinderungen sind, wie zu zeigen sein wird, mit diesen Ansprüchen oft überfordert¹⁰. Fornefeld ist der Ansicht, dass sie bei aller Heterogenität insofern eine Einheit bilden, als sie „mit denselben Ausschlusskriterien belegt“¹¹ werden, unterschiedliche Probleme haben, aber „vergleichbare Exklusionserfahrungen“¹² machen. Nur durch eine Benennung des Personenkreises sei es möglich, seinen Anspruch auf Bildung, Teilhabe, Unterstützung und Pflege auszudrücken und diesen auch rechtlich zu verankern¹³. Der superlativistische Begriff „schwerste Behinderung“ ist immer da angemessen, wo die im Folgenden aufgeführten Kriterien in ihrer höchstmöglichen Form erfüllt sind. Eine solche Maximalerfüllung ist aber m.E. nicht eindeutig feststellbar. Außerdem ist sie wohl kaum für eine Person für jedes Kriterium gegeben. Es werden daher im Folgenden Überlegungen zu den Begriffen „Komplexe Behinderung“¹⁴ und „schwerste Behinderung“¹⁵ dem in dieser Arbeit verwendeten Begriff von „schwerer Behinderung“ – auch unter Vermeidung des Superlativs – zugrunde gelegt.

8 Vgl. Fornefeld 2008, 50

9 Gaedt 2003 zit. n. Fornefeld 2008, 50

10 Vgl. Kap. 6 dieser Arbeit

11 Fornefeld 2008, 51

12 Ebd., 57

13 Vgl. ebd., 64

14 Ebd., 50-64

15 Bach 1991, 3-13

Als ein Kriterium ist nun durchaus die **Komplexität** als hervorhebenswertes, konstitutives Merkmal einer „schweren Behinderung“ zu nennen¹⁶, obwohl sie, wie gezeigt wurde, nicht als Alleiniges gelten kann. Die gemeinten Personen sind in der Tat nicht lediglich „körper-“ oder „geistigbehindert“, es liegen mehrere Schädigungen vor¹⁷. Mit dem Kriterium der Komplexität ist aber noch mehr gemeint. Es meint, dass „schwere Behinderung“ als Phänomen mehrere Aspekte beinhaltet. Als diese sind zu nennen:

- Der medizinische Aspekt, der den besonderen Grad der körperlichen und psychischen Schädigungen, sein Andauern oder sogar seine Unaufhebbarkeit, den hohen Pflege- und Daueraufbewahrungsbedarf – treffend beispielsweise durch den Begriff „Pflegefall“ – betont. SGB IX, §2 bestimmt in Bezug auf die Dauer, dass die körperlichen Funktionen, geistigen Fähigkeiten oder die seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate vom altersentsprechenden Zustand abweichen müssen¹⁸.
- Der psychologische Aspekt, der die extrem altersabweichende Entwicklung hervorhebt.
- Der pädagogische Aspekt, der der gemeinten Personengruppe in vergangenen Zeiten aufgrund fehlender besonderer Konzepte und somit Hilflosigkeit „Bildungsunfähigkeit“ und „Unerziehbarkeit“ unterstellte. Das Gefühl von Aussichtslosigkeit und die daraus resultierende Resignation sind mehrheitlich überwunden. Stattdessen werden heute eine Sinnerschließung und Einbeziehung auch für diese Personengruppe angestrebt. Aus diesem Grund existiert mittlerweile eine „hochdifferenzierte Extrempädagogik“ mit entsprechenden Institutionen und besonderen Eingliederungsmöglichkeiten. Methodisch wird beispielsweise versucht, die genannten Ziele durch basale Förderung zu realisieren.
- Der personale Aspekt, der das subjektive Empfinden der betroffenen Personen ins Zentrum rückt. Er betont die extreme Erschwerung der Lebensvollzüge, Lernprozesse, Welterschließung, Findung von Sinn und Lebensaufgaben und der Teilhabe. Auch die physischen Einschränkungen, gegebenenfalls verbunden mit Schmerzen, werden betrachtet.
- Der soziologische Aspekt, der sich auf den Einfluss des Umfeldes sowie den

16 Vgl. Bach 1991, 6f

17 Vgl. ebd.

18 Vgl. SGB IX zit. n. Fornefeld 2008, 62

Einfluss auf das Umfeld konzentriert. Es geht um die Einbindung in Familie, Nachbarschaft und Beruf sowie deren Reaktionen – meist im Hinblick auf ihren belastenden Charakter – auf die schwere Behinderung.

- Der rechtlicher Aspekt, der Orientierung zum Schutz und zur Unterstützung (z.B. Sozialhilfe), aber auch zu Vorbehalten und zur Entmündigung der betroffenen Personen durch Festsetzung von Regeln bietet.
- Der ethische Aspekt, der mit Argumenten von der Sorge um die Personengruppe als zentralem Kriterium für die Humanität einer Gesellschaft bis hin zur Infragestellung des Lebenswertes und -rechtes eine große Diskussionsspanne bearbeitet.¹⁹

Die genannten Aspekte stellen unterschiedliche Sichtweisen verschiedener Disziplinen auf den Sachverhalt „schwere Behinderung“ dar. Immer wieder wurde versucht, einen Aspekt absolut zu setzen, indem das Phänomen beispielsweise als lediglich sozial-gesellschaftlich verursacht oder nur als Schädigung angesehen wurde²⁰. Fornefeld stellt fest, dass es aufgrund der Verwendung des Begriffes durch verschiedene Disziplinen, sodass er je nach Kontext unterschiedliche Funktionen erfüllt, keine allgemein anerkannte Definition von „Behinderung“ geben kann²¹. Eine hinreichende Begriffsbestimmung kann also nur angebahnt werden, indem die Sichtweisen aller mit derselben Personengruppe befassten Professionen einbezogen werden. Interdisziplinarität ist vonnöten. Dies wird insbesondere aufgrund der Verflochtenheit des psychologischen Aspektes mit dem pädagogischen ersichtlich, da beide Disziplinen schwerpunktmäßig die Entwicklung der Person im Blick haben.²²

Als weiteres Kriterium für die Schwere einer Behinderung kann der Grad der **sozialen Abhängigkeit** herangezogen werden. Eine Behinderung enthält, wie gezeigt wurde, immer das Element der Nichterfüllung von Erwartungen des Umfeldes. Diese Erwartungen betreffen in erster Linie die Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen. Je weniger selbstständige Lebensführung möglich ist, umso schwerwiegender ist demnach die Behinderung. „Schwerste Behinderung“ ist nach Bach die extremste Form sozialer Abhängigkeit und beinhaltet die Notwendigkeiten des Fütterns, Windelns, Begleitens, Führens,

19 Vgl. Bach 1991, 3f

20 Vgl. ebd., 5f

21 Vgl. Fornefeld 2008, 59

22 Vgl. Bach 1991, 3f

Beaufsichtigens, Anhebens, Tragens und Dolmetschens. Der Begriff ist aus diesem Grund nur auf Personen anzuwenden, die etwa das 3. Lebensjahr vollendet haben.²³

Ein für die Pädagogik relevantes Kriterium ist, dass Menschen mit schweren Behinderungen einen **besonderen, über das Übliche hinausgehenden Erziehungsbedarf** haben. Immer wieder stößt der Pädagoge hier an die Grenzen seiner Kompetenz. Für die Begriffsbestimmung bedeutet das, dass die Interaktion „schwerbehindert“ ist und der Pädagoge als Teil dieser die Behinderung mit konstituiert.²⁴ Auch Fornefeld stellt das Abweichen von heilpädagogischen Erwartungen und die damit einhergehende besondere Herausforderung für das Hilfesystem und die Pädagogen als einen Aspekt von „komplexer Behinderung“ heraus²⁵.

Erziehung soll den zu Erziehenden einen Lebenssinn und eine Lebensaufgabe zu erschließen helfen. Menschen mit schweren Behinderungen sind übliche Wege der Erschließung der Welt versperrt. Das betrifft beispielsweise das Hören, Sehen, Bewegen, Lernen, Denken und Sprechen. Es müssen also zunächst alternative Wege gefunden werden, indem zum Beispiel die Kommunikation durch Verständigung mit ungewohnten Signalen ermöglicht wird. Hier können Medien und Hilfsmittel eingesetzt werden, die teilweise nur auf die Belange eines einzelnen Menschen abgeschnitten sind.²⁶ Der körperliche Ausdruck ist jedoch das wichtigste, bei vielen Menschen das einzige Medium zur Interaktion. In unserer Gesellschaft wird hauptsächlich über Sprache kommuniziert. Hinzu kommt, dass die Kommunikation durch vermehrte Mediennutzung von immer mehr räumlicher Distanz geprägt ist. Die Körpersprache verliert an Bedeutung und wir sind es immer weniger gewohnt, auf körperliche Signale des Gegenübers zu achten. Für Menschen mit schweren Behinderungen resultieren daraus besondere Schwierigkeiten, mit ihrem Umfeld zu interagieren. Hierin liegt eine von vielen Anforderungen an die Pädagogik, die aufgrund ihrer besonderen Relevanz für das Thema der vorliegenden Arbeit beispielhaft näher beschrieben wurde. Es können an dieser Stelle nicht alle Besonderheiten einer Pädagogik bei schwerer Behinderung ausgeführt werden. Es wird jedoch verständlich, dass Bach für diese die Notwendigkeiten besonderer Konzepte, Zieldimensionen, Methoden und Praktiken, Ausbildungsakzente und Institutionen

23 Vgl. Bach 1991, 6f

24 Vgl. ebd., 10

25 Vgl. Fornefeld 2008, 57f

26 Vgl. Bach 1991, 11f

feststellt²⁷. Der Begriff „schwere Behinderung“ ist daher unter anderem durch den besonderen Erziehungsbedarf der Personengruppe konstituiert.

Als weiterer Faktor für die Feststellung der Schwere einer Behinderung ist auch die **Selbstbefindlichkeit** der betroffenen Person einzubeziehen. Es ist davon auszugehen, dass schwere Behinderungen auch subjektiv als solche erlebt werden, allerdings nicht permanent und von jeder Person in gleichem Maße²⁸. Es handelt sich also wieder um ein Kriterium, das das Phänomen für sich alleine genommen nicht hinreichend beschreiben kann, sondern im Zusammenwirken mit den anderen bisher beschriebenen herangezogen werden muss. Das liegt zum einen darin begründet, dass man in einen anderen Menschen nicht hineinschauen, sein Innenleben nie vollständig erfassen kann. Zum anderen ist nicht jede in einem bestimmten Moment subjektiv als besonders schwer empfundene Behinderung allein deshalb als „schwere Behinderung“ zu bezeichnen. Unangemessene Maßnahmen und Formen der Assistenz könnten daraus resultieren.²⁹ Beeinflussende Faktoren für die Selbstbefindlichkeit über die eigene schwere Behinderung sind der Selbstvergleich (beispielsweise von Fähigkeiten, die man vor einer erworbenen Behinderung beherrschte mit den jetzigen), der Fremdvergleich mit anderen Menschen und das Verhalten des Umfeldes als die Art und Weise, wie der Betroffene die Reaktionen anderer erlebt³⁰. Es ist allerdings zu betonen, dass schwere Behinderung nicht nur tragisch erlebt wird. Sie ist als menschliche Daseinsform in ihren positiven wie negativen Aspekten und nicht als bloße „Minusvariante“ oder „Fehlform“ anzuerkennen. Betrachtet man die Selbstbefindlichkeit betroffener Personen, so wird deutlich, dass der Begriff der „Andersartigkeit“ fehl am Platz ist.³¹ Menschen mit schweren Behinderungen erleben und empfinden häufig nicht anders als andere Menschen auch. Mit der Verwendung des Begriffs wäre man nur einen kleinen Schritt davon entfernt, der Personengruppe das Menschsein an sich abzusprechen³². Die Infragestellung der Daseinsberechtigung läge dann nahe. So darf „schwere“ oder „schwerste Behinderung“ nicht verstanden werden, denn jeder Mensch kann im Laufe seines Lebens von einer schweren Behinderung betroffen sein. Es müsste also jeder eine fundamentale Existenzunsicherheit haben, falls

27 Vgl. ebd., 12

28 Vgl. Bach 1991, 8

29 Vgl. ebd., 8f

30 Vgl. ebd., 9

31 Vgl. ebd., 9f

32 Vgl. ebd., 10

er in eine Problemlage gerät, aus der menschlichen Gemeinschaft ausgeschlossen oder vernichtet zu werden³³. So erklärt sich, dass Bach den Begriff „schwerste Behinderung“ als „gewagte Abstraktion“³⁴ bezeichnet. Mit der Ausstattung einer Person mit dem Adjektiv „schwerstbehindert“, die ihr gesamtes Dasein bezeichnet, wird allzu leicht übersehen, dass jeder Mensch, egal auf welcher Stufe des Lernens oder Sich-Äußerns er sich befindet, einen Anspruch darauf hat, dass sein gegenwärtiges Leben weder als Vorstufe abgewertet noch als unveränderbar konstatiert wird³⁵.

Eine neuere **Definition für den Begriff „Komplexe Behinderung“** greift einige der genannten Kriterien auf und fügt weitere hinzu:

„Von Menschen mit Komplexer Behinderung spricht man, wenn deren Lebenswirklichkeit durch einen Großteil der folgenden Kriterien bestimmt ist: Sie

- bringen ihre eigenen Vorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse wie ihre Ansprüche unzureichend zum Ausdruck.
- verfügen meist über keine ausreichende Verbalsprache.
- sind in besonderem Maße von der Zuwendung der Bezugspersonen abhängig.
- sind in Einrichtungen häufig mit unqualifiziertem Personal und unprofessionellem Verhalten konfrontiert.
- zeigen abweichendes, aggressives oder selbstverletzendes Verhalten, was zum Ausschlusskriterium wird.
- wird die Rolle des „Störers“ zugewiesen, die die eigene Identität beeinflusst.
- machen im Laufe ihres Lebens verstärkt Erfahrungen des „Scheiterns“ sowie des Abbruchs sozialer Beziehungen.
- sind häufig wechselnden und nicht koordinierten medizinisch-therapeutischen und pädagogisch-psychologischen Interventionen ausgesetzt.
- sind in besonderem Maße der Gefahr ausgesetzt als Pflegefälle abgestempelt und aus der Behindertenhilfe (Eingliederungshilfe) ausgeschlossen zu werden.
- sind in Einrichtungen häufig Gewalterfahrungen ausgesetzt.
- bilden eine heterogene Gruppe mit gleichen Exklusionserfahrungen.“³⁶

33 Vgl. Bach 1991, 10

34 Ebd., 9

35 Vgl. ebd., 10

36 Fornfeldt 2008, 58

Es wurde durch die bisherigen Ausführungen versucht, möglichst vollständig die Kriterien zu erfassen, die ein Bild von der in dieser Arbeit gemeinten Personengruppe entstehen lassen. Es soll allerdings nicht übersehen werden, dass ein vollständiges, eindeutiges Bild nicht gezeichnet werden kann. Das Bild, das sich ein Mensch über einen anderen Menschen machen kann, bleibt immer unvollständig und verkürzt. In Bezug auf die professionelle Beschäftigung mit der beschriebenen Personengruppe fällt diese Tatsache besonders ins Gewicht. Als Grund hierfür sind beispielsweise die begrenzten Kapazitäten der Betreuer in Institutionen zu nennen, deren Folge häufig eine Konzentration auf wenige auffallende Persönlichkeitsmerkmale einer Person ist³⁷. Andere Merkmale werden nicht wahrgenommen. Hinzu kommt, dass Hospitalisierungssymptome die realistische Einschätzung über eine Person erschweren können. Sexualität ist als Persönlichkeitsaspekt im Bild von einem Menschen mit schweren Behinderungen besonders selten enthalten.³⁸ Gründe hierfür können die unter veränderten Bedingungen stattfindende psychosexuelle Entwicklung sowie die ungewohnten oder (scheinbar) ausbleibenden Ausdrucksformen der Sexualität sein, wie im Verlauf dieser Arbeit zu zeigen sein wird³⁹.

37 Vgl. Bader 1991, 220

38 Vgl. ebd.

39 Vgl. Kap. 3 und 4 dieser Arbeit

3. Die psychosexuelle Entwicklung bei Menschen mit schweren Behinderungen

Die Entwicklung der Sexualität von Menschen mit schweren Behinderungen ist nicht von vorneherein von der aller anderen Menschen zu unterscheiden⁴⁰. Es muss angenommen werden, dass derselbe Weg wie bei nicht behinderten Menschen zur Psychosexualität gegangen wird. Deshalb sollen im Folgenden die Phasen der psychosexuellen Entwicklung, wie Freud sie als Erster beschrieben hat, dargestellt werden. Aus verschiedenen Gründen sind bei Menschen mit schweren Behinderungen veränderte Bedingungen in den einzelnen Phasen anzunehmen. Diese Gründe und deren mögliche Auswirkungen sollen daher ebenfalls berücksichtigt werden.

Die Zeit von der Geburt an bis zum Einsetzen der Pubertät teilt Freud in fünf Phasen ein, die er als genetisch fixiert betrachtet. Sexualität beginnt also nicht erst mit der „genitalen Phase“ in der Pubertät, sondern ist ein angeborener „Trieb“. „Triebe“ definiert Freud als „psychische Repräsentanz einer kontinuierlich fließenden, innersomatischen Reizquelle“⁴¹. Diese Quelle, also der Auslöser eines Triebes, ist ein erregender organischer Vorgang („Reiz“). Ziel des Triebes ist es, den Reiz zu beenden. Freuds Annahme eines Sexualtriebes ist zum Teil auf heftige Kritik gestoßen, die sich in der Diskussion um die „triebfreie Sexualität“ äußert⁴². Auf diese soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Triebfrei oder nicht, es bleibt festzuhalten, dass Sexualität eine angeborene Lebenskraft ist⁴³, die keinem Menschen abzusprechen ist, und dass diese Lebenskraft eine Entwicklung durchläuft, die modellhaft beschrieben werden kann.

1. Lebensjahr

Das erste halbe Lebensjahr bezeichnet Freud als „**orale Phase**“⁴⁴, da sich der Säugling hier Spannungsreduktion und Befriedigung über den Mund verschafft. Die relevanten Aktivitäten sind Essen und Trinken so wie deren Ersatzbefriedigung, das Daumenlutschen.

40 Vgl. Stinkes 2006, 4

41 Freud zit. n. Kerpa 2000, 76

42 Vgl. z.B. Kerpa 2000, 92-103

43 Vgl. Sielert 1993 zit. nach Ortland 2008, 92

44 Kerpa 2000, 79

In der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres entdeckt der Säugling den gesamten eigenen Körper. Dieses Entdecken und Erfühlen verschafft in dieser „**narzisstischen Phase**“⁴⁵ hauptsächlich Lustgewinn.

Ortland betrachtet die verlässliche Beziehung zu mindestens einer Bezugsperson im ersten Lebensjahr als Voraussetzung, um auch im späteren Leben körperliche Nähe genießen, sich psychisch in einer festen Beziehung aufgehoben fühlen zu können. Einem schwerbehinderten Kind kann diese für die Entwicklung des Urvertrauens notwendige Beziehung fehlen, wofür mehrere Gründe ausschlaggebend sein können. Beispielsweise empfinden die Eltern kurz nach der Geburt möglicherweise große Enttäuschung über das Kind, das nicht ihren Erwartungen entspricht. Ihr Verhalten und Empfinden ihm gegenüber sind ambivalent bis hin zur Ablehnung. Die ersten Beziehungserfahrungen eines schwerbehinderten Kindes können also belastend sein. Ein weiterer Grund ist häufig, dass die Beziehung wegen längerer Krankenhausaufenthalte von mehr Distanz geprägt ist. Auf die Ausbildung des Körperschemas, die nach Freud in der narzisstischen Phase beginnt, kann sich physiotherapeutische Förderung negativ auswirken. Zu nennen ist hier beispielsweise die Vojta-Therapie, bei der das Kind Schmerzen aushalten muss, während ihm die Einsicht in die Notwendigkeit der Behandlung aufgrund möglicher Verbesserungen seines körperlichen Zustandes fehlt. Überhaupt wird einem Kind mit schweren Behinderungen oft von Anfang an suggeriert, dass sein Körper so nicht in Ordnung ist und verändert werden muss. Obwohl diese Suggestion durch die Beteiligten (Eltern, Ärzte, Therapeuten) bisweilen unbewusst geschieht, sich in den meisten Fällen erst recht nicht an das Bewusstsein des Kindes richtet und dieses in so frühem Alter den Sachverhalt auch nicht mit dem Bewusstsein erfasst, sind doch schwerwiegende Konsequenzen zu erwarten. Denn körperbezogene Erfahrungen der Kindheit sind die Grundlage für ein im Nachhinein kaum zu veränderndes Selbstkonzept. Das Erkunden des eigenen Körpers, das Freud ebenfalls in die narzisstische Phase verortet, kann durch motorische Einschränkungen erheblich beeinträchtigt sein, sodass auch deshalb die Wahrnehmung des eigenen Körpers verzerrt sein kann.⁴⁶

2./3. Lebensjahr

⁴⁵ Vgl. Kerpa 2000, 79

⁴⁶ Vgl. Ortland 2008, 36-38

In dieser Zeit sieht Freud die „**anale Phase**“⁴⁷ der psychosexuellen Entwicklung. Das Ausscheiden und Einhalten von Kot sind die vorrangig lustverschaffenden Tätigkeiten. Das Kind erlernt die Kontrolle über seine Körperfunktionen und erfährt so Selbstwirksamkeit. Weiterhin geht es über die Sauberkeitserziehung auch um die Anpassung an die Anforderungen der Umwelt. Das Kind wendet sich so nach der vorigen, auf sich selbst bezogenen narzisstischen Phase nun seinem Umfeld zu und tritt mit diesem in Beziehung. Ortland sieht die anale Phase im Alter von zwei Jahren erst am Beginn, ihren Höhepunkt erreiche sie ab dem dritten Lebensjahr⁴⁸. Menschen mit schweren Behinderungen ist die Beherrschung des Schließmuskels oft lebenslang nicht möglich. Wichtige Möglichkeiten, Selbstbestimmung einzuüben, fehlen daher, der Aufbau einer stabilen Ich-Funktion kann erschwert sein. Relevanz hierfür hat auch das in diesem Alter typische „Trotzverhalten“, wodurch sich das Kind als eigenständige Person entdecken und allmählich von den Eltern abgrenzen kann. Wegen der hohen Abhängigkeit von den Bezugspersonen ist solches Verhalten schwerbehinderten Kindern nur schwer möglich. Auch können kommunikative Schwierigkeiten verhindern, dass ein Trotzverhalten überhaupt als solches wahrgenommen wird. Ist dies der Fall, ist es allerdings allzu leicht zu übergehen, da schwerbehinderte Kinder oft nicht auf ihren Willen oder Widerwillen bestehen können.⁴⁹

4./5. Lebensjahr

In diese Zeit fällt die „**phallische Phase**“⁵⁰, in der das Kind die Geschlechtsunterschiede zu erkennen beginnt. Es kommt zur Übernahme geschlechtsspezifischen Verhaltens durch Lernen am Modell des gleichgeschlechtlichen Elternteils. Gleichzeitig entsteht ein „ödipaler Konflikt“ mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil in Konkurrenz um das gegengeschlechtliche. Die Genitalien sind jetzt hauptsächlich lustbesetzt. Sexuelles Verlangen wird allerdings noch unterdrückt.

Das Interesse am Genitalbereich, den eigenen Genitalien und denen der Eltern verortet Ortland bereits ins zweite Lebensjahr⁵¹. Durch den oft raschen Windelwechsel bleibt schwerbehinderten Kindern für die Erkundung wenig Zeit. Bei einer Querschnittslähmung kann der Genitalbereich aufgrund fehlender Sensibilität für das Kind uninteressant sein.⁵²

47 Kerpa 2000, 79

48 Vgl. Ortland 2008, 39

49 Vgl. ebd., 39f

50 Kerpa 2000, 79

51 Vgl. Ortland 2008, 38

52 Vgl. ebd.

In dieser Lebensphase entwickeln sich auch viele soziale Aspekte von Sexualität. Zu nennen sind die weitergehende Geschlechtsrollenfindung durch Lernen am Vorbild und Eltern-Kind-Spiele mit Gleichaltrigen. Dadurch werden soziale Rollen eingeübt und ein Umgang mit gleich- und gegengeschlechtlichen Beziehungen erlernt. Die angeeignete soziale Geschlechtsrolle ist bereits im Alter von 3 Jahren irreversibel.⁵³ Diese Lernmöglichkeiten fehlen schwerbehinderten Kindern häufig wegen kognitiver Einschränkungen, fehlender Sozialkontakte mit Gleichaltrigen oder, falls diese doch vorhanden sind, problematischer Einbindung des behinderten Kindes in das gemeinsame Spiel. Häufig ist zu beobachten, dass dieses immer die Rolle des „Kindes“ im Eltern-Kind-Spiel innehat und daher keine Möglichkeit hat, sich mit der Rolle der erwachsenen Frau oder des erwachsenen Mannes zu identifizieren.⁵⁴ Hinzu kommen Kommunikationsschwierigkeiten sowie die eingeschränkte Mobilität⁵⁵. Auch die Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil kann wegen dessen Nichtbehinderung erschwert sein⁵⁶. Es fehlt dann ein Vorbild, an dem sich das Kind beim Finden seiner Geschlechtsrolle orientieren kann. Bedeutsam für dieses Alter ist auch die Entwicklung von Körperscham, die sich im 3.-5. Lebensjahr entwickelt. Spätestens bis zum 7. Lebensjahr ist diese Entwicklung abgeschlossen. Die permanente Versorgung im urogenitalen Bereich nimmt dem Kind Möglichkeiten, sich in eine Intimsphäre zurückzuziehen, wodurch die Entwicklung des Schamgefühls erheblich verändert sein oder ganz ausbleiben kann.⁵⁷ Resultat kann ein „öffentliches“ sexuelles Verhalten auch im fortgeschrittenen Alter sein, das bei anderen Anstoß erregt.

6.-12. Lebensjahr

In diesen Jahren tritt die sexuelle Entwicklung in den Hintergrund. Freud nennt die Phase daher „**Latenzphase**“⁵⁸. Sexuelle Gedanken an das andere Geschlecht kommen eher nicht vor. Der Freundeskreis ist meist gleichgeschlechtlich. Die Anpassung an die Anforderungen der Umwelt sind jetzt wieder ein wichtiges Thema. Obwohl die sexuelle Entwicklung stillzustehen scheint, geht laut Ortland die

53 Vgl. Ortland 2008, 39

54 Vgl. ebd., 42

55 Vgl. ebd., 40

56 Vgl. ebd., 42

57 Vgl. ebd.

58 Vgl. Kerpa 2000, 78f

Identitätsfindung im eigenen Geschlecht weiter⁵⁹. Im gleichgeschlechtlichen Freundeskreis finden eine Abgrenzung und Rivalitäten gegenüber dem anderen Geschlecht statt⁶⁰. Jungen finden Mädchen „doof“ und umgekehrt. Gleichzeitig wird bereits eine Vorform der Geschlechtshormone produziert, sodass Kontakte zum anderen Geschlecht über sexualisierte Sprache sowie erste Verliebtheit vorkommen können⁶¹. Jungen erlernen in dieser Phase „jungentypisches“ Verhalten aufgrund der hohen sozialen Kontrolle im Freundeskreis. Sie haben ein hohes Bedürfnis nach Körperkontakt, was sich in Rangeleien äußert. Die Anerkennung der Peers über ihre Körperlichkeit (Kraft) ist ihnen wichtig.⁶² Auch Mädchen werden in ihrer Gruppe „mädchentypisch“ sozialisiert. Sie suchen eher als Jungen die Anerkennung Erwachsener⁶³. Kinder mit schweren Behinderungen haben oft Schwierigkeiten, Freundschaften aufzubauen. Gründe dafür sind zum einen das Mobilitätsproblem sowie eine wohnortferne Beschulung, sodass Kontakte außerhalb der Schule in hohem Maße davon abhängig sind, dass das Kind gefahren und abgeholt wird. Zum anderen sind Freundschaften bei schwerbehinderten Kindern aufgrund der kognitiven Einschränkungen oft nicht altershomogen. Für Außenstehende kann es dann problematisch sein, wenn „Doktorspiele“, wie sie etwa ab dem fünften Lebensjahr üblich sind, unter Beteiligung eines älteren Kindes/Jugendlichen mit Behinderung stattfinden. Zwar kommen Doktorspiele auch in der Latenzphase durchaus vor, allerdings unter strenger Geheimhaltung vor Erwachsenen, sodass Bezugspersonen sie in diesem Alter nicht wahrnehmen. Für Jungen ergibt sich das Problem, dass sie nicht an Rangeleien teilnehmen können und über die Körperkraft, deren Demonstration in der Latenzphase wichtig ist, nicht verfügen. Für Mädchen ist die Orientierung am erwachsenen Frauen-Rollenbild erschwert, da die typischen Kriterien Heirat, Haushalt und Kinder für sie nicht infrage kommen.⁶⁴

Ab dem 13. Lebensjahr

Die Pubertät setzt ein, die sexuelle Entwicklung erwacht wieder. Der Jugendliche erlebt eine rasche körperliche und geistige Entwicklung. Diese ist verbunden mit vielen für diese Lebensphase typischen „Pubertätskonflikten“. Nach der vorherigen Abgrenzung vom

59 Vgl. Ortland 2008, 44

60 Vgl. ebd., 45

61 Vgl. Ortland 2008, 44

62 Vgl. ebd., 45

63 Vgl. ebd., 46

64 Vgl. ebd., 46

anderen Geschlecht findet jetzt langsam wieder eine Annäherung statt. Freud bezeichnet diese Zeit als „**genitale Phase**“⁶⁵, wobei man psychosexuell gesehen von jetzt an lebenslänglich in dieser Phase verbleibt. Die sexuelle Entwicklung schließt also mit der Pubertät ab, in deren Verlauf sich die erwachsene Sexualität ausbildet.

Für Jugendliche mit schweren Behinderungen sind die körperlichen Veränderungen oft verstörend, weil sie sie nicht als Teil der normalen Entwicklung verstehen können. Einige Studien kommen zu dem Ergebnis, dass die Pubertät bei einigen Behinderungen verfrüht einsetzt, so zum Beispiel die Menarche bei Mädchen mit Spina Bifida und Hydrocephalus.⁶⁶ Für die Identitätsfindung ist bedeutsam, dass sich Jugendliche sehr stark an gesellschaftlichen Schönheitsidealen orientieren. Schwerbehinderte Jugendliche können diesen nicht standhalten. Da die Einschätzung der eigenen Attraktivität sowie die Einschätzung des Umfeldes hierüber über die Akzeptanz der eigenen Person schlechthin entscheiden, resultiert daraus oft eine erschwerte Identitätsfindung mit dem Ergebnis einer negativen Selbstbewertung⁶⁷. Der Jugendliche hat Probleme, den Körper als den eigenen zu akzeptieren. Dies wird dadurch verstärkt, dass die für das Selbstkonzept wichtigen Möglichkeiten der Selbstwirksamkeit sowie eine Kontrollüberzeugung fehlen. Weil man sich als fremdbestimmt erlebt, wird oft eine passive und desinteressierte Rolle gegenüber sich selbst eingenommen⁶⁸. Erschwert ist weiterhin die Aneignung von sexuellem Wissen. Gründe sind zum einen die individuellen kognitiven Grenzen, zum anderen der häufig repressive Charakter der Sexualerziehung von Menschen mit Behinderungen.⁶⁹ Das kann so weit gehen, dass behinderten Menschen die Sexualität gänzlich abgesprochen wird, sie also als „asexuell“ angesehen werden. Eine andere häufige Einstellung gegenüber der Sexualität von Menschen mit Behinderungen ist, dass diese „oversexed“ seien, also über einen krankhaft erhöhten Trieb verfügten, den man unterdrücken müsse.⁷⁰ Tatsächlich haben schwerbehinderte Menschen dasselbe Bedürfnis nach Nähe, Freundschaft, Geborgenheit und Liebe wie alle anderen auch. Der Wissenserwerb ist weiterhin durch die im Vergleich zu nicht behinderten Jugendlichen eingeschränkten Möglichkeiten der Mediennutzung erschwert⁷¹.

65 Kerpa 2000, 78

66 Vgl. Ortland 2008, 60

67 Vgl. ebd., 60

68 Vgl. ebd., 58

69 Vgl. ebd., 67f

70 Vgl. ebd., 75

71 Vgl. ebd., 53

Für die Ausführung sexueller Handlungen werden bei schweren Behinderungen oft Hilfsmittel oder Assistenz benötigt, die den Betroffenen nicht zugänglich sind⁷². Sexualassistenz⁷³ kommt bei Jugendlichen rein rechtlich nicht infrage. Möglichkeiten zur Masturbation fehlen Menschen mit schweren Behinderungen daher häufig. Es ist ihnen in der Regel auch nicht möglich, die Sexualität mit sozialen Bindungen zu verknüpfen. Hier sieht Ortland eine wichtige Entwicklungsaufgabe der Pubertät, indem sie der Aufgabe „Umgang mit Sexualität lernen“ die Anforderung, zu „lernen, Liebesbeziehungen einzugehen und zu lösen“⁷⁴ überordnet. Gründe, die schwerbehinderte Jugendliche an der erfolgreichen Bewältigung dieser Anforderung hindern, sind zum Beispiel soziale Isolation und Kommunikationsschwierigkeiten. In den eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten liegt ein Hindernis für viele Phasen der psychosexuellen Entwicklung. So ist es schwerbehinderten Kindern und Jugendlichen oft nicht möglich, die Signale der komplexen und subtilen „sexuellen Sprache“⁷⁵ zu verstehen oder Bedürfnisse zu äußern. Auch deshalb werden sie zu leichten Opfern für sexualisierte Gewalt. Es kann auch vorkommen, dass eine (körperliche) Äußerung als sexuelle missverstanden wird, da der körperliche Ausdruck für schwerbehinderte Menschen bisweilen das einzige Kommunikationsmittel ist. Der Körper wird also eingesetzt, um sämtliche Bedürfnisse zu äußern und nicht, wie es Menschen ohne Behinderung häufig gewohnt sind, lediglich sexuelle. Geschlechtsverkehr bleibt als zwischenmenschliche, sexuelle Erfahrung in der Regel aufgrund der bereits genannten Gründe aus. Häufig ist eine Regression des sexuellen Verhaltens auf Entwicklungsphasen zu beobachten, die den eigenen Körper und die dingliche Umwelt betonen und somit weit vor der Stufe der psychosexuellen Entwicklung anzusiedeln sind als die, auf der Geschlechtsverkehr stattfindet.⁷⁶ Als zusätzliche Gründe hierfür nennt Bader eine gescheiterte Geschlechtsrollenfindung und die gescheiterte Beziehung zu einer „Lieblingsperson“, die für die Integration der eigenen Sexualität in soziale Beziehungen vonnöten ist.⁷⁷ Ortland spricht von einem Geschlechtsrollenrückstand von mehreren Jahren, der sich abhängig von der Schwere der Behinderung erheblich

72 Vgl. ebd., 68

73 Vgl. Kap. 6 dieser Arbeit

74 Kluge 1998 zit. n. Ortland 2008, 51

75 Wilhelm 1996 zit. n. Ortland 2008, 68

76 Vgl. Bader 1991, 225

77 Vgl. ebd., 223

vergrößern kann⁷⁸. Die sexuelle Entwicklung verlagert sich aufgrund der allgemeinen Entwicklungsverzögerungen häufig altersmäßig. So kann es vorkommen, dass das Genitalentdecken statt ins zweite/dritte Lebensjahr in die Schulzeit fällt und entsprechendes Verhalten als problematisch angesehen wird⁷⁹. Im Umfeld von Menschen mit schweren Behinderungen wird Sexualität oft nur dann thematisiert, wenn es einen konkreten Anlass – meist ein Problem – gibt⁸⁰. Die Sexualität wird somit als solche im Zusammenhang mit schwerer Behinderung problematisiert. Ein passives Verhalten des behinderten Menschen gegenüber dem eigenen Körper wird hingegen im Allgemeinen als unproblematisch erachtet, obwohl es auf eine gestörte psychosexuelle Entwicklung hinweist, worauf Dank aufmerksam macht⁸¹. Allzu einfach macht man es sich also, indem man sich dem Trugschluss hingibt, auf diesem Gebiet bestehe kein sexualpädagogischer Bedarf. Nach Fegert resultiert diese Ansicht lediglich aus der vermeidenden Atmosphäre⁸². Eine weitere, für die sexuelle Entwicklung wichtige Aufgabe ist die Ablösung von den Eltern in der Pubertät. Diese ist bei schwerbehinderten Jugendlichen erheblich erschwert aufgrund der permanenten Pflegebedürftigkeit und somit fehlender Möglichkeiten, sich körperlich zu distanzieren. Eine Distanzierung wäre nur auf intellektuellem und emotionalem Weg möglich, wofür die kognitiven Fähigkeiten oft nicht ausreichen.⁸³ Auch die Einbindung in eine Peer-group, die sexuelle Erfahrungen ermöglicht und hilft, sie in das Selbstkonzept zu integrieren, gelingt meist nicht. Jugendliche mit schweren Behinderungen verbringen ihre Freizeit oft alleine und leiden unter Einsamkeit. Bezugspersonen sind häufig Betreuer, Zivildienstleistende oder Physiotherapeuten.⁸⁴ Diese können eine hohe Bedeutung für den behinderten Menschen einnehmen. Es kann vorkommen, dass man so in eine Rolle gedrängt wird, die man gegenüber der betreuten Person nicht einnehmen möchte. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Entwicklung der Psychosexualität aufgrund der genannten Einflussfaktoren bei Menschen mit schweren Behinderungen unter anderen Bedingungen stattfindet als bei Menschen ohne Behinderungen. Sexualität bleibt für sie oft eine sehr ganzheitliche Lebensform, weshalb man viele in diesem

78 Vgl. Ortland 2008, 76

79 Vgl. ebd.

80 Vgl. ebd., 78

81 Vgl. Dank 1993, 118

82 Vgl. Fegert 2006 zit. n. Ortland 2008, 78

83 Vgl. Ortland 2008, 71

84 Vgl. ebd., 72f

Zusammenhang sonst ausgeklammerte Körperempfindungen und Lebensbereiche einbeziehen muss, um dieser Personengruppe nicht ihre Sexualität als solche abzusprechen.⁸⁵ Es muss jedoch betont werden, dass kein Kausalzusammenhang zwischen (schwerer) Behinderung und veränderter sexueller Entwicklung besteht. Sie ist nicht zwangsläufig erschwert oder besonders. Grundsätzlich hat jeder Mensch die Möglichkeit, zu einer individuell befriedigenden Sexualität zu finden. Abhängig ist dies nach Ortland weniger von der Behinderung an sich, sondern von der individuellen Persönlichkeitsstruktur, den psychosozialen Wirkungszusammenhängen und den Möglichkeiten der Bewältigung.⁸⁶ Schwerbehinderte Menschen verfügen allerdings über sehr geringe Ressourcen in diesen Bereichen, sodass die Erreichung des Ziels für sie unwahrscheinlich ist.

⁸⁵ Vgl. Bader 1991, 226 und Dank 1993, 130

⁸⁶ Vgl. Ortland 2008, 58

4. Die Ausdrucksformen der Sexualität von Menschen mit schweren Behinderungen

Im Folgenden soll das sexuelle Verhalten von Menschen mit schweren Behinderungen betrachtet werden. Es ist zunächst wiederholt zu betonen, dass das Besondere hier, wie schon bei der psychosexuellen Entwicklung, nicht zwangsläufig und von vorneherein gegeben ist. Die Sexualität ist auch in ihren Ausdrucksformen nicht von Grund auf anders als bei Menschen ohne Behinderung, Besonderheiten resultieren nicht in erster Linie vom Inneren der Person, sondern von den äußeren Einflüssen und Bedingungen her⁸⁷.

4.1 Sozial-gesellschaftliche Einflüsse / Bedingungen

Die Wurzeln des Sexualverhaltens bei Menschen mit schweren Behinderungen sind, wie bei allen Menschen, in der sexuellen Entwicklung zu suchen⁸⁸. Da diese jedoch, wie gezeigt wurde⁸⁹, unter veränderten Bedingungen und meist mit verändertem Resultat stattfindet, ist ein besonderes Sexualverhalten als nachvollziehbare Folge verständlich⁹⁰. Dieses kann sich individuell sehr unterschiedlich gestalten. Darüber soll jedoch nicht übersehen werden, dass oft derselbe Hintergrund erfahrener und erlebter Leiblichkeit zugrunde liegt. Menschen mit schweren Behinderungen haben eine ähnliche Biografie, die durch ähnliche Mangelerfahrungen geprägt ist. Die wichtigen Grundbedürfnisse nach Erfahrungen lebensbejahender Leiblichkeit sowie verlässlicher Beziehungen bleiben

87 Vgl. Ortland 2008, 24

88 Vgl. Dank 1993, 123

89 Vgl. Kap. 3 dieser Arbeit

90 Vgl. Dank 1993, 126

unerfüllt.⁹¹ Die Deprivation wird konstituiert durch körperliche und emotionale Anreigungsarmut, häufige Unterbrechung der Kontinuität in der Beziehung zu Bezugspersonen (z.B. Mitarbeiterwechsel in Institutionen) und eine Einförmigkeit immer gleicher Erlebnisse. Dies sind nicht nur Erfahrungen der Entwicklung, sie durchdringen alle Lebensphasen. Gemeinsam ist der Personengruppe aufgrund körperlicher Einschränkungen, fehlenden Antriebs, Wahrnehmungs- und Sinnesstörungen oft auch die erheblich eingeschränkte Möglichkeit, den eigenen Körper und die Umwelt so zu erkunden, wie es anderen möglich ist.⁹² Es wird deutlich, dass die Bedürfnisse von Menschen mit schweren Behinderungen, die sich von denen anderer Menschen nicht unterscheiden, häufig unerfüllt bleiben⁹³. Eigene, spezielle Ausdrucks- und Betätigungsformen von Sexualität, die wir als „Eigentümlichkeiten“ empfinden, sind als Resultat dieser normalen, aber nicht normal befriedigten Bedürfnisse nicht überraschend⁹⁴. Es sind also die äußeren, sozial-gesellschaftlichen Bedingungen, die für das Sexualverhalten dieser Menschen hauptsächlich ausschlaggebend sind. Man kann daher feststellen, dass die Sexualität von Menschen mit schweren Behinderungen nicht von vorneherein behindert ist, sondern be- bzw. verhindert wird⁹⁵.

4.2 Der Einfluss von Körperschädigungen

Über die hohe Bedeutung der äußeren Umstände, die einige Studien zu diesem Thema herausstellen⁹⁶, darf die Körperschädigung allerdings nicht als beeinflussendes Element gänzlich außer Acht gelassen werden. Eine Körperschädigung kann nämlich, unter anderen möglichen Faktoren (psychische Probleme, mangelnde Annahme des eigenen Körpers, Traumata in der Entwicklung, Medikamente), eine sexuelle Funktionsstörung auslösen⁹⁷. So sind bei 80-90% der Menschen mit einer Querschnittslähmung die Funktionen der Sexualorgane gestört, was sich in Einschränkungen der Erektions-, Ejakulations- und Orgasmusfähigkeit sowie der Gefühlsempfindung im Genitalbereich äußert. Bei Frauen ist bisweilen die Lubrikation (Flüssigkeitsabsonderung) vermindert. Die

91 Vgl. ebd., 123

92 Vgl. ebd., 125

93 Vgl. Dank 1993, 123

94 Vgl. ebd., 126

95 Vgl. Stinkes 2006, 2

96 Vgl. Weinwurm-Krause zit. n. Ortland 2008, 32

97 Vgl. Ortland 2008, 25

Organe können auch rückständig ausgebildet und daher zu klein sein. Bei Männern ist ein Hodenhochstand häufig. Bei Cerebralparese kann die Oberflächensensibilität verändert sein, sodass die lustvolle Qualität von Berührungen eingeschränkt ist. Weitere häufige Faktoren, die bei Menschen mit schweren Behinderungen die sexuellen Funktionen beeinträchtigen, sind Harn- und Stuhlinkontinenz, eingeschränkte Beweglichkeit, Wirbelsäulen- und Gelenkdeformitäten, Spastizität, Schmerzen, Müdigkeit und Kraftlosigkeit. Da außerdem häufig die Hormonproduktion verändert ist, kann eine eingeschränkte Libido – bei Frauen auch verursacht durch Zyklusstörungen – resultieren.⁹⁸

4.3 Mögliche Ausdrucksformen sexuellen Verhaltens

Wie bereits festgestellt wurde, sind die Ausdrucksformen der Sexualität nicht von der sexuellen Entwicklung als deren Grundlage zu trennen. Für diese hält Bader fest, dass Menschen mit schweren Behinderungen häufig auf einer Stufe der sensomotorischen Entwicklung verharren. Ein Großteil des Sexualverhaltens lässt sich hieraus erklären. So werden die Nahsinne bevorzugt eingesetzt, um die Umwelt zu erkunden. Es kommt zur regelrechten „Einverleibung“ in Form von oraler Exploration und Herstellung direkten Körperkontakts.⁹⁹ Dieses Verhalten ist in unserer Gesellschaft, in der der Körperkontakt in den meisten Zusammenhängen durch Rituale (beispielsweise das Händeschütteln) reglementiert ist, bei Erwachsenen nicht akzeptiert. Solche Regeln des Körperkontaktes beherrschen Menschen mit schweren Behinderungen meist nicht.¹⁰⁰ Weitere häufig zu beobachtende Verhaltensweisen lassen sich aus der Beeinträchtigung des Aufbaus von Körperschema und Ichbewusstsein erklären, die ebenfalls Teile der sensomotorischen Entwicklung sind. Es kommt daher zu Verhaltensformen, die der Erfahrung der eigenen Leiblichkeit dienen (beispielsweise Hyperventilation, Schmieren mit Speichel und Exkrementen, Stereotypien, autoaggressives Verhalten). Die Person grenzt sich dadurch von der Umwelt ab und fühlt sich selbst. Das Fehlen sozialer, partnerbezogener Ausprägungen von Sexualität erklärt sich ebenfalls durch den Stillstand in der sensomotorischen Entwicklung, da während dieser das Gegenüber noch nicht als personale Ganzheit, sondern lediglich als „Effekt-Spender“ wahrgenommen wird. Eine

98 Vgl. ebd., 26f

99 Vgl. Bader 1991, 221ff

100 Vgl. Dank 1993, 126

weitere Erklärung ist die Unmöglichkeit des Imitationslernens, das erst auf der späten Intentionalstufe der sensomotorischen Entwicklung ausgeprägt wird. Ausdrucksformen – auch sexuelle – sind daher für Menschen mit schweren Behinderungen, die (noch) nicht am Vorbild lernen, nicht sozial vermittelt, daher auch nicht partnerbezogen.¹⁰¹ Ein naheliegender Grund fernab jeder entwicklungspsychologischen Argumentation ist weiterhin das häufige Scheitern von Beziehungen. Menschen mit schweren Behinderungen kommen für andere Personen in der Regel nicht als Sexualpartner in Betracht und sind daher von partnerbezogener Sexualität von vornherein ausgeschlossen, ohne dass damit bewiesen ist, dass sie Geschlechtsverkehr nicht möglicherweise ebenso wie Menschen ohne Behinderung genießen könnten¹⁰². Um eine Übersicht über das zu beobachtende Sexualverhalten von Menschen mit schweren Behinderungen zu erhalten, unterteilt Bader dieses in vier Bereiche¹⁰³:

- Tätigkeiten des **Mundbereichs**: Lutschen an der Hand oder Gegenständen, Einverleibung von Gegenständen, Speichelfluss, Spiel mit dem Speichel, Essensdrang (auch nach Nicht-Essbarem), Stimulieren des Mundbereiches mit Gras, Zweigen oder anderen Gegenständen
- Tätigkeiten des **Ausscheidungsbereichs**: Einnässen, Einkoten, Riechen oder Schmecken von Exkrementen, Spüren ihrer Wärme, Kühle und Weichheit
- Tätigkeiten des **Genitalbereichs**: Masturbation oder masturbationsähnliches Verhalten
- Tätigkeiten des **vestibulär-kinästhetischen Bereichs**: Schaukeln, Pendeln mit dem Kopf, Hyperventilation, Drehen der Hände oder von Gegenständen

Dank teilt nach Beobachtungen von Schülern mit schweren Behinderungen diese hinsichtlich ihres Sexualverhaltens in vier häufige Charaktere ein¹⁰⁴:

- Schüler, die **keine augenscheinlichen sexuellen Wünsche und Aktivitäten** zeigen. Aufgrund dessen wird häufig generelles Desinteresse an Sexualität vermutet, weshalb pädagogische Konsequenzen als nicht notwendig erachtet werden. Dies liegt auch daran, dass das Nicht-Verhalten keinen öffentlichen Anstoß erregt, daher nicht für problematisch und veränderungsbedürftig gehalten wird. Vor

101 Vgl. Bader 1991, 221ff

102 Vgl. Dank 1993, 116

103 Vgl. Bader 1991, 225f

104 Vgl. Dank 1993, 117

dem Hintergrund, dass es keine asexuellen Menschen gibt und gänzlich ausbleibendes sexuelles Interesse und Verhalten in hohem Maße widernatürlich sind, ist pädagogische Untätigkeit allerdings gerade hier nicht geboten.

- Schüler, denen die Beschäftigung mit dem eigenen Körper kaum möglich ist, bei denen aber beispielsweise beim Wickeln **lustvolle Reaktionen beobachtet** werden. Auf diese reagiert die Pflegeperson häufig mit Unsicherheit, es können sich ambivalente Gefühle entwickeln. Man sollte sich hier jedoch vor Augen führen, dass es sich um eine normale körperliche Reaktion, ausgelöst durch die pflegende Person selbst während des zwangsläufig intimen Körperkontaktes, handelt.
- Schüler, die **auf den Genitalbereich fixiert** zu sein scheinen. Es kommt zu häufiger bis permanenter Masturbation. Die Person ist meist nur schwer für andere Aktivitäten zu gewinnen. Die Handlung bleibt oft ohne „Erfolg“ in Form von Erektion, Ejakulation und Orgasmus. Sie stellt vielmehr eine stereotype, zwanghafte Leerlaufhandlung dar. Für Bader bedeutet sie eine Verarmung und Fixierung, Walter / Hoyler-Herrmann interpretieren sie als Fluchtverhalten. In jedem Fall sollte es nicht Reaktionen des Unbehagens, Widerwillens oder Ekels, sondern Besorgnis und Mitleid hervorrufen.
- Schüler, bei denen häufig **sexuelle Zudringlichkeiten** gegenüber Mitschülern oder Betreuungspersonen beobachtet werden.

4.4 Ein erweiterter Begriff von „Sexualität“

Zwei Dinge werden anhand der bisherigen Ausführungen deutlich. Zuerst ist festzuhalten, dass die Ausdrucksformen der Sexualität von Menschen mit schweren Behinderungen sehr viele Tätigkeiten und Empfindungen beinhalten, die den Rahmen des allgemein gebräuchlichen Begriffes von Sexualität, der sich weitgehend auf den Genitalbereich beschränkt, sprengen. Es ist notwendig, einen erweiterten Begriff von Sexualität zugrunde zu legen.¹⁰⁵ Diese Notwendigkeit ergibt sich aber nicht nur für die Beschäftigung mit der Sexualität im Zusammenhang mit Behinderung, sondern für die Sexualität überhaupt. Denn sie besteht bei jedem Menschen von Geburt an und beginnt nicht erst mit dem Eintritt in die genitale Phase in der Adoleszenz¹⁰⁶. Es muss also kein neuer Sexualbegriff

105 Vgl. Bader 1991, 226

106 Vgl. Dank 1993, 124

eigens für die und wegen der Personengruppe, um die es hier geht, konstruiert werden, um diese in den menschlichen Zusammenhang Sexualität mit hineinnehmen zu können. Sexualität als rein genital verstandene greift für jeden Menschen zu kurz. Sie schließt die gesamte Persönlichkeit ein und beinhaltet viele ihrer Aspekte abgesehen von der rein körperlichen Funktion.

Die folgende Definition von Offit¹⁰⁷ verdeutlicht das:

Sexualität ist, „was wir daraus machen. Eine teure oder billige Ware, Mittel zur Fortpflanzung, Abwehr gegen Einsamkeit, eine Form der Kommunikation, ein Werkzeug der Aggression (der Herrschaft, Macht, Strafe und Unterdrückung), ein kurzweiliger Zeitvertreib, Liebe, Kunst, Schönheit, ein idealer Zustand, das Böse oder das Gute, Luxus oder Entspannung, Belohnung, Flucht, ein Grund der Selbstachtung, eine Form der Zärtlichkeit, eine Art der Rebellion, eine Quelle der Freiheit, Pflicht, Vergnügen, Vereinigung mit dem Universum, mystische Ekstase, Todeswunsch oder Todeserleben, ein Weg zum Frieden, eine juristische Streitsache, eine Form, Neugier, und Forschungsdrang zu befriedigen, eine Technik, eine biologische Funktion, Ausdruck psychischer Gesundheit oder Krankheit, oder einfach eine sinnliche Erfahrung.“

Eine weitere Feststellung, die sich aus der Betrachtung des Sexualverhaltens von Menschen mit schweren Behinderungen ergibt, ist, dass dieses bei anderen Menschen Anstoß erregt. Beobachter, Betreuungs- und andere Bezugspersonen bewerten es häufig als „unnormal“ oder Ausdruck fehlenden Anstandes¹⁰⁸. Wie gezeigt wurde, sind viele Verhaltensweisen jedoch aus der Entwicklung, der Biografie der Menschen sowie auch aus der oben gegebenen Definition erklärbar, daher keineswegs „unnormal“.

Nochmal: das sexuelle Verhalten ist nicht zwangsläufig abweichend oder besonders. Es wird auch nicht zwangsläufig weniger befriedigend erlebt. Eine möglicherweise bestehende Unzufriedenheit liegt einer Studie zufolge meist nicht in der subjektiven, negativen Bewertung der eigenen Sexualität als solcher, sondern in der Orientierung an normativen, gesellschaftlichen Verhaltensregeln, die als davon abweichend wahrgenommen werden, begründet¹⁰⁹. Wäre die Sexualität von Menschen mit Behinderungen, die Sexualität aller Menschen, zufriedenstellender, wenn sie diesem

107 Zit. n. Dank 1993, 122

108 Vgl. Dank 1993, 116

109 Vgl. Weinwurm-Krause zit. n. Ortland 2008, 34

Vergleich nicht ausgesetzt wären? Es ist eine Frage, die an dieser Stelle nicht beantwortet werden kann, die es sich aber einmal zu stellen lohnt.

Wenn man mit Menschen mit schweren Behinderung in eine wie auch immer geartete Beziehung tritt, ist es notwendig, den Sinn bestimmter Handlungen zu verstehen. Auf sexuelle Handlungen trifft dies insofern in besonderer Weise zu, als im Alltag mit diesen Menschen sexuelle Tönungen aufgrund des körperorientierten und körpernahen Umganges unvermeidbar sind. Diese gilt es wahrzunehmen, zu reflektieren und für sich eine Möglichkeit zu finden, damit umzugehen, ohne dass die Beziehung wegen zu großer psychischer Distanz oder Ambivalenz darunter leidet.¹¹⁰

5. Rechtliche Aspekte

Was das Verhältnis zwischen dem Recht und der Sexualität von Menschen mit Behinderung betrifft, so existiert lediglich ein grobes gesetzliches Raster, das ein „ethisches Minimum“¹¹¹ darstellt. Es bietet eine ungefähre Orientierung, kann aber im Konfliktfall oft keine befriedigende Lösung liefern und daher eine umfassendere Sexualethik nicht ersetzen. Die Gesetzeslage ist auf diesem Gebiet alles andere als eindeutig, sodass der Richter oft Schwierigkeiten hat, angemessen zu entscheiden. Im Folgenden sollen einige für den Themenbereich relevante Aspekte aus der Rechtswissenschaft herausgegriffen werden. Es wird kein Anspruch darauf erhoben, die möglichen Richtlinien und Gesetze, die auf diesem Gebiet zum Tragen kommen können, vollständig darzustellen. Es handelt sich daher um eine Auswahl. Auf die Themen „Eheschließung“ und „Schwangerschaftsabbruch“ wurde beispielsweise verzichtet, weil sie für Menschen mit schweren Behinderungen in der Regel keine Relevanz haben¹¹².

5.1 Juristische Grundprinzipien

Lenckner¹¹³ hebt drei juristische Grundprinzipien hervor, die bei Entscheidungen auf dem Gebiet „Sexualität von Menschen mit Behinderungen“ leitend sind:

1. Da nach Art. I, III 2 GG alle Menschen vor dem Gesetz gleich sind und niemand

110 Vgl. Dank 1993, 117

111 Lenckner 2000, 169

112 Vgl. Kap. 2 und 3 dieser Arbeit

113 Vgl. Lenckner 2000, 169-172

wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf und nach Art. 2 I GG jeder das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit hat, hat auch der behinderte Mensch ein gewisses „Recht auf Sexualität“. Damit ist gemeint, dass jeder im Rahmen der ihm rechtlich zustehenden Möglichkeit zur Persönlichkeitsentfaltung seine Sexualität nach seinen Wünschen leben und gestalten darf.

2. Dieses Recht ist beschränkt durch die Rechte anderer. Die Freiheits- und Persönlichkeitsrechte dürfen dadurch nicht eingeschränkt werden. Zu nennen sind insbesondere das Recht auf Wahrung der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) sowie das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG). Für Menschen mit Behinderungen gilt dies in gleichem Maße wie für alle anderen auch, auch wenn das oft bedeutet, dass sie von ihrem „Recht auf Sexualität“ keinen Gebrauch machen können, es ihnen also in der Realität „nichts bringt“. Behinderte Menschen haben also kein „Sonderrecht auf Sexualität“, daher kann rechtlich auch keine besondere Förderung der sexuellen Entwicklung verlangt werden¹¹⁴.
3. Menschen mit Behinderungen stehen unter dem besonderen rechtlichen Schutz vor fremder Sexualität. Dies wird deutlich an zwei Bestimmungen: Zum einen ist nach § 174a II StGB der Missbrauch von „Insassen einer Anstalt für Kranke oder Hilfsbedürftige“ strafbar. Als mögliche Täter sind hier insbesondere die Mitarbeiter der Einrichtung im Blick. Zum anderen gelten Menschen mit Behinderungen als aus psychischen oder physischen Gründen „widerstandsunfähige“ Personen, deren Missbrauch nach § 179 Abs. 1 StGB strafbar ist. Sexualisierte Gewalt in jeder Form missachtet immer die Freiheits- und Persönlichkeitsrechte, ob die betroffenen Personen nun behindert sind oder nicht. Eine Notwendigkeit für die Herausstellung von Menschen mit Behinderungen als besonders schutzbedürftige Personen durch das StGB besteht an sich nicht, ergibt sich aber aus der realen besonderen Bedrohung dieser Personengruppe von sexuellen Übergriffen¹¹⁵.

An diesen Prinzipien orientiert sich der juristische Blick auf Sexualität und Behinderung. Die Sichtweise von Pädagogen, Psychologen oder Sexualtherapeuten mag aus nachvollziehbaren Gründen davon abweichen. Geht es allerdings um eine rechtliche Entscheidung über einen der weiter unten genannten möglichen Konfliktfälle, ist der

114 Vgl. Jacobi 2005, 104

115 Vgl. Kap. 7.3.6 dieser Arbeit

Richter an die geltenden Gesetze gebunden. Wie bereits erwähnt wurde, sind Entscheidungen auf diesem Gebiet für ihn oft schwierig, weshalb der Rat von Sachverständigen nötig sein kann. Ihre Empfehlungen können in dem Maße berücksichtigt werden, in dem die Gesetzeslage Möglichkeiten hierfür offenlässt.¹¹⁶

5.2 Rechtliche Rollen

Jede an dem Themenbereich beteiligte Personengruppe nimmt eine juristische Rolle ein, die sich durch einschlägige Bestimmungen definiert. Es sollen daher nun die Rollen der Menschen mit Behinderungen, der gesetzlichen Vertreter und der Betreuungspersonen in Einrichtungen sowie die jeweils leitenden Bestimmungen dargestellt werden.

Rolle von Menschen mit Behinderungen

Auf den besonderen rechtlichen Schutz behinderter Menschen vor sexuellen Übergriffen wurde bereits hingewiesen. Begeht ein behinderter Mensch eine Straftat und wird so zum „Täter“, kann es sein, dass er aufgrund von geistiger Unzurechnungsfähigkeit schuldunfähig ist und somit nicht bestraft werden kann (§§ 20, 21 StGB)¹¹⁷. Dies ändert aber nichts daran, dass ein Unrecht begangen wurde. Sanktionen anderer Art wie beispielsweise die Unterbringung in einer Psychiatrie sind möglich.

Rolle der gesetzlichen Vertreter

Handeln die Sorgeberechtigten, so ist die Strafbarkeit für die weiter unten genannten Tatbestände in der Regel ausgeschlossen, es sei denn, es liegt eine offensichtliche, grobe Verletzung der Erziehungspflicht vor (§ 180 Abs. 1 StGB)¹¹⁸. Nichtsdestotrotz haben gesetzliche Betreuer die persönliche Freiheit der betreuten Person zu achten und dürfen sie nicht durch strikte Anweisungen unnötigerweise beeinträchtigen.

Rolle von Betreuungspersonen

Schuldig werden durch Unterlassen

Was die Verpflichtungen der Mitarbeiter in Einrichtungen und anderer Betreuungspersonen – also auch Lehrer – betrifft, so haben diese sowohl juristische Verbote als auch Gebote

116 Vgl. Lenckner 2000, 173f

117 Vgl. Lenckner 2000, 170

118 Vgl. Jacobi 2005, 105

einzuhalten. Das bedeutet, dass man auch rechtlich belangt werden kann, wenn man etwas nicht tut (juristisch: „unterlässt“). Bei Betreuungspersonen handelt es sich um so genannte „Beschützergaranten“ für die ihnen anvertrauten Menschen, sie sind also in besonderer Weise dafür verantwortlich, dass diesen nichts zustößt. Ebenso sind sie als „Überwachungsgaranten“ dafür verantwortlich, dass sie anderen Menschen keinen Schaden zufügen. Verletzt jemand seine Pflichten als Beschützer- oder Überwachungsgarant durch Unterlassen, handelt es sich rechtlich gesehen um ein so genanntes „unechtes Unterlassen“, das wie eine Straftat behandelt wird (§ 13 StGB). Wenn ein Lehrer also beispielsweise tatenlos zusieht, wie ein Schüler einen anderen sexuell belästigt, kann er vor Gericht eine höhere Strafe erhalten, als wenn es sich um eine andere Person handelt, die nicht die Doppelrolle des Beschützer-/Überwachungsgaranten für die beiden Schüler innehat. Schuldig wird man dann der „Beihilfe durch Unterlassen“ auch, wenn der Täter selbst schuldunfähig ist.¹¹⁹

Rechtfertigender Notstand

Es kann vorkommen, dass ein rechtliches Gebot mit einem Verbot kollidiert. Beispielsweise bei der Frage, ob man einen Menschen seiner Freiheit berauben darf, was verboten ist, um andere Menschen vor Belästigung durch seine sexuellen Handlungen in der Öffentlichkeit zu schützen, was geboten ist. In diesem Fall müssen die Handlungsalternativen sorgfältig abgewägt werden. Um eine solche juristische Zwickmühle aufzulösen, greift die Regel des „rechtfertigenden Notstandes“ (§ 34 StGB), die das Gebot oder Verbot außer Kraft setzen kann, wenn ein Interesse das andere wesentlich überwiegt. Entscheidet man sich aufgrund dessen, der Person ihren rechtlichen Anspruch auf Freiheit zu lassen, kann man nicht mehr wegen Beihilfe durch Unterlassen belangt werden.¹²⁰

5.3 Ausgewählte rechtliche Themen

Bei der Betrachtung der im Folgenden aufgeführten möglichen rechtlichen Konfliktfälle im Zusammenhang mit Sexualität und schwerer Behinderung sind die bisherigen Ausführungen über die juristischen Grundlagen und die Verantwortung, die mit dem

119 Vgl. Lenckner 2000, 174-176

120 Vgl. ebd., 180f

Einnehmen einer der genannten Rollen einhergeht, stets mitzudenken.

Sexuelle Betätigung

Aus der Rechtsfähigkeit heraus, die jeder Mensch mit der Geburt erlangt, entspringt wie oben bereits erläutert das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und daher auch das „Recht auf Sexualität“. Sexualität darf, sofern sie sich in den Grenzen des rechtlich Erlaubten bewegt (d.h. andere dadurch nicht in ihren Rechten beschränkt werden), nicht verhindert werden. Das betrifft jede Form der freien Partnerschaft, beispielsweise auch der homosexuellen, sowie auch Selbstbefriedigung. Betreuungspersonen müssen allerdings im Sinne des Schutzes des behinderten Menschen vor Ausgrenzung und der Rehabilitationsbemühungen dafür sorgen, dass sexuelle Handlungen in geschützten Intimbereichen stattfinden. Entsprechende Räumlichkeiten müssen daher in Einrichtungen vorhanden sein.¹²¹

Beteiligung Minderjähriger

Es ist strafbar, sexuelle Handlungen zuzulassen, an denen Personen beteiligt sind, die das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (§ 180 Abs. 1 StGB). Nichteinschreiten gegen eine bekannte Beziehung bedeutet ein „Gewähren und Verschaffen von Gelegenheit“, wofür betreuende Personen mit strafrechtlichen Konsequenzen rechnen müssen.¹²²

Koedukation

Für den schulischen Bereich ist bedeutsam, dass die sexuelle Entwicklung insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit schwerer Behinderung nicht gleichmäßig verläuft¹²³. Ein Schüler, der in seiner sexuellen Entwicklung bereits fortgeschritten ist, darf andere, die noch nicht so weit sind, nicht stören. Er soll allerdings auch nicht in seiner Entwicklung zurückgehalten werden. Wie in vielen Bereichen der Betreuung ist zwischen dem notwendigen Schutz der Schüler und dem Freiraum des Einzelnen abzuwägen. Aus dieser Abwägung kann sich die Notwendigkeit ergeben, Mädchen und Jungen ab einem gewissen Zeitpunkt – ggf. auch begrenzt auf einen gewissen Zeitraum – getrennt zu unterrichten.¹²⁴

121 Vgl. Jacobi 2005, 104

122 Vgl. ebd., 104f

123 Vgl. Kap. 3 dieser Arbeit

124 Vgl. Jacobi 2005, 104

„Erregung öffentlichen Ärgernisses“

Das sexuelle Verhalten von Menschen mit Behinderungen kann den Straftatbestand „Erregung öffentlichen Ärgernisses“ nach § 183a StGB erfüllen, sofern es im öffentlichen Raum stattfindet (z.B. Entblößen des Intimbereichs, Onanieren oder Manipulation an Geschlechtsteilen). Eine Wohneinrichtung, eine geschützte Werkstatt oder Schule würde in diesem Zusammenhang mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht als „Öffentlichkeit“ bewertet. Ein Eingreifen vonseiten der Mitarbeiter – beispielsweise um die übrigen anwesenden Personen vor ungewollter Konfrontation mit fremder Sexualität zu schützen oder aus Gründen der Aufrechterhaltung der Ordnung der Einrichtung (§ 7 II Unterbringungsgesetz von Baden-Württemberg) – ist nicht verboten, für ein Unterlassen könnte man sie allerdings rechtlich nicht belangen. Anders verhält es sich auf offener Straße, wo man als Überwachungsgarant eingreifen muss. Für den Straftatbestand „Exhibitionismus“ nach § 183 StGB muss die Voraussetzung gegeben sein, dass die Person sich durch ihr Handeln und/oder durch die Reaktionen anderer darauf sexuell stimulieren oder befriedigen möchte sowie eine Einsicht in die Tatsache, dass andere Menschen dadurch schockiert werden.¹²⁵

Sterilisation

Für die Sterilisation gelten dieselben Bestimmungen wie für jeden ärztlichen Eingriff: der Patient muss über die Folgen und Nebenwirkungen des geplanten Eingriffes aufgeklärt werden und seine Einwilligung dazu geben. Andernfalls begeht der Arzt eine strafbare Körperverletzung. Ist der Patient nicht in der Lage, die Aufklärung durch den Arzt zu verstehen, so ist er einwilligungsunfähig. In diesem Fall kann von extern ein so genannter „besonderer Betreuer“ einbestellt werden (dieser darf nicht der bisherige rechtliche Betreuer sein), der die Einwilligung unter folgenden Voraussetzungen geben kann (vgl. Betreuungsgesetz von 1992):

1. Der Eingriff darf dem Willen des Betreuten nicht widersprechen.
2. Der Patient bleibt auf Dauer einwilligungsunfähig.
3. Es besteht die sehr konkrete Möglichkeit einer Schwangerschaft (rein vorsorglich ist der Eingriff unzulässig).
4. Diese Schwangerschaft würde eine Gefahr für das Leben oder schwere Beeinträchtigung bedeuten.

125 Vgl. Lenckner 2000, 178f

5. Die Schwangerschaft kann nicht durch andere, zumutbare Mittel verhindert werden. Zwei Wochen vor dem Eingriff muss außerdem eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts vorliegen, die sich auf ein von Sachverständigen aus der persönlichen Untersuchung des Patienten erstelltes Gutachten unter Einbezug medizinischer, psychologischer, sozial-, sonder- und sexualpädagogischer Aspekte stützt. Es wird deutlich, dass die Sterilisation nur das letzte Mittel zur Vermeidung einer Schwangerschaft sein kann. Bei Minderjährigen ist sie grundsätzlich verboten.¹²⁶

Wie aus der Darstellung der Konfliktfälle hervorgeht, ist es für den Richter im Einzelfall oft schwierig, richtig zu entscheiden. Sein Urteil kann sich oft nicht auf die zweifelsfreie Feststellung eines Sachverhaltes stützen. Als weiteres Beispiel hierfür sind sexuelle Kontakte zwischen Mitarbeitern einer Einrichtung und Betreuten zu nennen. Eine echte Liebesbeziehung darf nicht bestraft werden, ist aber kaum zu beweisen¹²⁷. Der Missbrauch von Widerstandsunfähigen auf der anderen Seite ist in der Realität ebenfalls oft nicht sicher nachweisbar. Grenzen zwischen dem Erlaubten und dem Unerlaubten können sich also verschieben¹²⁸. Es ist daher wichtig, dass über eindeutige Bestimmungen hinaus gerade auf mögliche Problemfelder im juristischen Grenzbereich geachtet wird.

126 Vgl. Jacobi 2005, 105f

127 Vgl. Lenckner 2000, 182f

128 Vgl. ebd., 183

6. Sexualassistenz

Im Folgenden wird das Thema Sexualassistenz als mögliche unterstützende Maßnahme für Menschen mit schweren Behinderungen betrachtet. Hierfür wird zunächst eine Begriffsbestimmung vorgenommen. Im Anschluss daran wird die Organisation und inhaltliche Ausgestaltung der Maßnahmen dargestellt. Kritische Anfragen und mögliche Probleme ergeben sich direkt von dieser Organisation, den Inhalten und Intentionen her sowie aus den Aspekten der aktuellen Fachdiskussion. Deshalb sind sie jeweils im Anschluss an diese Abhandlungen aufgeführt. Positive Aspekte der Sexualassistenz werden im letzten Teil des Kapitels anhand eines Fallbeispiels aufgezeigt.

6.1 Begriffsbestimmung

Sexualassistenz meint alle Formen von Hilfen für Menschen mit Behinderungen, die einen adäquaten Zugang zum eigenen Körper ermöglichen sollen. In einigen Fällen sollen Wege eröffnet werden, die später alleine beschritten werden können. In diesem Fall zielt Sexualassistenz auf die Selbstständigkeit der Inanspruchnehmer und darauf, dass ihre Leistungen nicht mehr benötigt werden. Unter den Begriff fallen aber auch alle Formen

von Sexualität im engeren Sinne.¹²⁹ Sexualassistenten dient dann vorrangig der Spannungsabfuhr und der Befriedigung körperlicher Bedürfnisse.

Es lassen sich somit zwei Formen von Sexualassistenten unterscheiden¹³⁰:

Die **passive** Sexualassistenten gibt Informationen, Aufklärung und Beratung. Sie möchte Voraussetzungen schaffen, damit der Assistentennehmer seine Sexualität eigenständig gestalten kann. Sie kann von Pädagogen oder Beratungsstellen geleistet werden.

Die **aktive** Sexualassistenten schließt die Teilnahme des Assistenten an sexuellen Handlungen ein. Prostituierte sind häufig die Assistentinnen. Einige haben hierfür eine spezielle Ausbildung absolviert. In der deutschen Fachdiskussion ist man sich größtenteils einig, dass aktive Sexualassistenten nicht von den Betreuungspersonen des Alltags geleistet werden sollte.

6.2 Initiierung, Organisation und inhaltliche Gestaltung

Die Leistungen werden in der Regel von Mitarbeitern einer Einrichtung oder von Angehörigen in die Wege geleitet, sofern ein entsprechender „Bedarf“ erkannt wird¹³¹. In der Diskussion besteht Uneinigkeit darüber, ob sie von der Krankenkasse oder dem Sozialamt oder von den Inanspruchnehmenden selbst bzw. deren Familien zu bezahlen sind¹³². In jedem Fall erfordert es von allen Beteiligten Mut, sich für Sexualassistenten einzusetzen: Von den Eltern des behinderten Menschen den Mut, anzuerkennen, dass ihre Tochter oder ihr Sohn überhaupt über Sexualität verfügt, von der betreffenden Person selbst den Mut, zu ihren Bedürfnissen zu stehen und auf deren Erfüllung zu bestehen, von den Mitarbeitern den Mut, dieses in hohem Maße tabuisierte Thema im Team anzusprechen.¹³³

In Deutschland ist Sexualassistenten noch viel weniger selbstverständlich als beispielsweise in den Niederlanden und Skandinavien, wo ein offenerer Umgang damit herrscht¹³⁴. Eine niederländische Betreuerin, die sich hierzu äußerte, vermutet, dass deutsche Betreuer ihren Klienten eine erfüllte Sexualität zwar gönnen würden, aber zu viele Skrupel haben.

129 Vgl. Ahrbeck 2004, 183

130 Vgl. Ackermann 2004, 165

131 Vgl. Ackermann 2004, 166

132 Vgl. ebd., 167

133 Vgl. de Vries 2004, 159

134 Vgl. ebd.

Es herrsche hierzulande auch große Angst, sich schnell unbeabsichtigt strafbar zu machen, indem man sich auf wie auch immer geartete Weise mit der Sexualität der zu betreuenden Personen befasst. Problematisch sei das Thema häufig auch in kirchlichen Einrichtungen, wo das Anstellen einer Sexualassistentin als „anrühig“ betrachtet werde.¹³⁵

Was die Gestaltung des Settings und den Umfang der Leistungen betrifft, so existiert in der Realität sicher eine große Bandbreite. In der Fachdiskussion ist man bereits – mehr oder weniger – zu folgenden Übereinkünften gekommen¹³⁶:

- Wie bereits erwähnt wurde, führen **externe Personen** und nicht die Alltagsbetreuer die Leistungen durch. Mitarbeiter in Einrichtungen haben zwar die Aufgabe, ein entsprechendes Bedürfnis bei einem Klienten zu erkennen (wer sonst könnte das?), das Eingehen auf das Bedürfnis delegieren sie allerdings an andere. Dies sind beispielsweise Agenturen („Hydra“, „Sexibilities“, „Sensis“), die auf solche Dienstleistungen spezialisiert sind und auf dem Gebiet erfahrenes und/oder geschultes Personal vermitteln.
 - In den meisten Fällen sind **Männer die Assistenznehmer** und **Frauen die Assistentinnen**.
 - Auch im Rahmen aktiver Sexualassistenz wird **keine Genitalsexualität** praktiziert.
 - Es handelt sich immer um eine **Einzelfallentscheidung** aufgrund eines Bedürfnisses der Person, das von außen erkannt wurde. Sexualassistenz darf niemals eine Maßnahme zur „Zwangsbeglückung“ sein.
 - **Hilfe zur Selbsthilfe**, das Erlangen von sexueller Selbstständigkeit soll immer übergeordnetes Ziel sein. Das heißt, sofern die Möglichkeit besteht, dass der behinderte Mensch seine Bedürfnisse selbst befriedigen kann, darf ihm das nicht „abgenommen“ werden. In einem solchen Fall werden stattdessen Wege gesucht, die Masturbation zu „erlernen“.
 - Es ist wichtig, die Gestaltung der Maßnahme im Einzelfall im Mitarbeiterteam, mit Angehörigen und mit der Einrichtung zu klären. Ein entsprechendes Konzept oder Leitlinien einer Institution können hilfreich sein, um die Wege zu ebnen.
- Sexualassistenz bleibt somit niemals eine Angelegenheit zwischen zwei Personen,

135 Vgl. ebd., 161f

136 Vgl. Ackermann 2004, 166f

sondern findet unter der **Beteiligung vieler** statt.

- Die Beziehung zwischen dem Assistenznehmer und der Assistentin muss für alle Beteiligten transparent sein. Es handelt sich um ein professionelles **Dienstleistungsverhältnis** und nicht um eine Liebesbeziehung.
- Sexualassistenz erhält ihre theoretische **Legitimation durch das Recht auf Selbstbestimmung**. Walter geht so weit, ein „Recht auf Sexualassistenz“ zu konstatieren. Sie wäre somit nicht nur gestattet, sondern stünde einem hierzu Berechtigten zu und müsse ihm verfügbar gemacht werden.

Die Betrachtungen dieser Aspekte der Diskussion um Sexualassistenz wirft einige *Fragen und mögliche Schwierigkeiten* auf, insbesondere, wenn man die Personengruppe von Menschen mit schweren Behinderungen im Blick hat.

1. Über welche Fähigkeiten muss eine Sexualassistentin verfügen? Zunächst ist es wichtig, dass viel Zeit und Muße zum gegenseitigen Kennenlernen ist. Menschen mit schweren Behinderungen können sich nicht so flexibel auf neue Personen einlassen, wie dies anderen möglich ist. Eine Hürde stellt sicherlich die Kommunikation dar. Eine Sexualassistentin muss daher über die Fähigkeit zu genauer Beobachtung sowie ausreichend Sensibilität verfügen, um die Signale des schwerbehinderten Menschen richtig deuten zu können¹³⁷. Hierfür muss sie sich auch voll und ganz auf ihre Arbeit einlassen. Sie muss authentisch sein und auch klar ihre Grenzen kommunizieren, um dem Gegenüber die notwendige Sicherheit zu vermitteln.¹³⁸ Sie muss sich darüber bewusst sein, dass sie sich gegenüber dem schwerbehinderten Klienten in einer besonderen Machtposition befindet und diese immer wieder kritisch reflektieren¹³⁹.
2. Woran liegt es, dass hauptsächlich Männer Inanspruchnehmer sind? Werden die sexuellen Bedürfnisse von Frauen seltener durch das Umfeld wahrgenommen? Auch wenn sich ihre Sexualität weniger offensichtlich zeigt, ist davon auszugehen, dass sie in demselben Maße sexuelle Wünsche haben wie Männer. Diese sollten mehr berücksichtigt und daher Frauen mehr Angebote (beispielsweise durch mehr männliche Assistenten) gemacht werden.
3. Wie kann man bei einem Menschen mit schweren Behinderungen ein sexuelles

137 Vgl. Ackermann 2004, 168

138 Vgl. de Vries 2004, 162

139 Vgl. Ackermann 2004, 168

Bedürfnis zweifelsfrei erkennen? Wie groß muss der „Leidensdruck“ sein, damit Maßnahmen der Sexualassistenz in die Wege geleitet werden? Behinderte Menschen sind hier in besonders hohem Maße von den Betreuern abhängig. De Vries ist der Ansicht, dass gerade in Deutschland vielfach die Pflicht, auf die Bedürfnisse der zu Betreuenden zu achten, im Bereich Sexualität vernachlässigt wird. Man schaue nicht genau genug hin, ob eine Person Hilfe benötigt.¹⁴⁰ Das stimmt mit der Feststellung Ortlands überein, dass die Sexualität behinderter Menschen oft überhaupt erst dann thematisiert wird, wenn es ein offensichtliches, nicht mehr zu ignorierendes diesbezügliches Problem gibt¹⁴¹. Andererseits ist es auch wichtig, ein Bedürfnis im Sinne einer Vermeidung von „Zwangsbeglückung“ nicht als sexuelles misszuverstehen. Wie kann das geschehen?

4. Es ist möglich, dass beim Assistenznehmer Schamaffekte auftreten. Dies ist zum einen wahrscheinlich, weil insbesondere Menschen mit schweren Behinderungen eine eher passive Rolle im Setting der Sexualassistenz einnehmen (müssen). Ahrbeck weist darauf hin, dass gerade die mit dem Empfinden von Scham einhergehende Passivität schmerzlich erlebt wird.¹⁴² Das Gefühl von Abhängigkeit und Angewiesensein in einem so sensiblen Persönlichkeitsbereich wie dem der Sexualität kann eine besondere Belastung darstellen. In unserer Kultur, die laut Ahrbeck von vordergründiger Schamlosigkeit geprägt ist, wird Scham als natürliches, zum Menschsein gehöriges Phänomen abgelehnt¹⁴³. Weil es uns selbst unangenehm ist, sie uns einzugestehen, ignorieren wir auch die Beschämung, der wir Menschen mit schweren Behinderungen möglicherweise durch die Sexualassistenz aussetzen. Diese Beschämung ist aber für diese Personengruppe in dieser Situation auch von daher wahrscheinlich, weil die Sexualassistenz unter so vielen Blicken stattfindet. Eine hohe Anzahl von Personen (Angehörige, Mitarbeiter, Kostenträger) nimmt Anteil an dem sehr intimen Bereich der Sexualität des Assistenznehmers. Das geht teilweise so weit, dass besprochen wird, welche Leistungen genau im Einzelfall zu erbringen sind und dass andere Personen die Assistentin auswählen.
5. Es zeigt sich, dass Sexualassistenz oft gerade nicht der Erlangung von mehr

140 Vgl. de Vries 2004, 161f

141 Vgl. Ortland 2008, 78

142 Vgl. Ahrbeck 2004, 179ff

143 Vgl. ebd.

Selbstbestimmung dient. Wie gezeigt wurde, ist sie in vielen Aspekten fremdbestimmt¹⁴⁴. Das hängt damit zusammen, dass Menschen mit schweren Behinderungen mit dem Anspruch, über ihre Belange selbst zu verfügen, häufig von vorneherein überfordert sind. Unter dem gegenwärtigen gesellschaftlichen Diktat der Selbstbestimmung¹⁴⁵ stehen sie, auch begründet durch die Anwendung des Assistenzmodells auf viele ihrer benötigten Hilfeleistungen, in vielen Lebenszusammenhängen. Es handelt sich um ein Problem, das nicht nur das Thema Sexualassistenz betrifft und muss von daher kein grundsätzliches Argument gegen sie sein. Erhöhte Selbstbestimmung kann aber für die Personengruppe auch nicht als Argument dafür geltend gemacht werden.

6. Wie kann man einem Menschen mit sehr eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten das marktwirtschaftliche Kunden-Dienstleister-Prinzip und seine Konsequenzen für die Beziehung zwischen Kunde und Dienstleister begreiflich machen?
7. Zu Walters Forderung eines „Rechtes auf Sexualassistenz“: Woran genau lässt sich festmachen, wer hierzu berechtigt ist und wer nicht? Sollten dann nicht alle Menschen mit – warum auch immer – gerade unbefriedigten sexuellen Wünschen dieses (auch durch finanzielle Unterstützung) beanspruchen dürfen?

Die Sexualassistenz ist eingebettet in das **Assistenzmodell**. Dieses wurde im Zusammenhang mit der neuen Leitvorstellung „Selbstbestimmung“ entwickelt, die in den 90er-Jahren neben die Leitvorstellungen „Normalisierung“ und „Integration“ trat. Ein wichtiger Auslöser für die Etablierung des Assistenzmodells ist auch die „Selbstbestimmt-leben-Bewegung“ körperbehinderter Menschen. Die Begleitung und Hilfen für Menschen mit Behinderungen sollen eine professionelle Umorientierung erfahren, sie erhalten den Charakter einer Dienstleistung. Als kompetente Kunden nehmen behinderte Menschen diese in Anspruch. Eine Intention der Befürworter des Assistenzmodells ist, dass die Autonomie von Menschen mit Behinderungen gefestigt wird. Sie sollen aus der Bedürftigkeit und Abhängigkeit herausgeführt werden. Weiterhin soll die Qualität der Betreuung gesichert werden, indem sie den Ansprüchen eines marktwirtschaftlichen Kunden-Dienstleister-Prinzips genügen muss. In der Behindertenhilfe herrschen allerdings andere Bedingungen als im klassischen Kundenmodell, da zwischen Kunde und

144 Vgl. ebd., 185ff

145 Vgl. Stinkes 2000 zit. n. Ackermann 2004, 170

Dienstleister noch der Kostenträger tritt. Dieser entscheidet darüber, welche Angebote in Anspruch genommen werden und macht sie zugänglich. Der Kostenträger, nicht der behinderte Mensch, ist daher der eigentliche „kompetente“ Kunde. Die Beziehung zwischen Assistenzgeber und -nehmer erhält einen gesicherten Rechtsrahmen. Damit geht einher, dass sie in hohem Maße entpersonalisiert wird und von mehr Distanz geprägt ist.

Den interagierenden Beteiligten werden durch das Assistenzmodell neue Rollen zugeschrieben. Das in der Behindertenhilfe tätige Personal hat nicht mehr die Rolle des Fürsorgers, der weiß und entscheidet, welche Unterstützung benötigt wird, inne. Seine Aufgabe im Assistenzmodell ist es, unterstützend bei der Erreichung selbstgewählter Ziele tätig zu sein. Das bedeutet den Verzicht auf einen wesentlichen Teil der bisherigen Macht. Es zeigt sich, dass viele Mitarbeiter dies befürworten. Mit Macht gibt man auch Verantwortung ab. Die entpersonalisierte Beziehung ermöglicht es, dass man sich weniger verantwortlich für die emotionalen Belange des Betreuten fühlen muss. Die Aufgaben der Mitarbeiter sind klarer definiert und beschränken sich auf Angebote, denen man einen Marktwert zuschreiben kann. Assistenten sind zunehmend in speziellen Agenturen organisiert. Teilweise benötigen sie eine sehr hohe Qualifikation, für einige Bereiche ist hingegen keine Ausbildung nötig.

Die neue Rolle des behinderten Menschen im Assistenzmodell setzt einige Kompetenzen voraus. Er muss in der Lage sein, zu erkennen, was er gerade benötigt. Er benötigt die psychische Kompetenz, das professionelle Verhältnis zum Dienstleister von einem persönlichen zu unterscheiden. Hierfür ist wiederum die intellektuelle Kompetenz zum Verständnis des zugrundeliegenden, wirtschaftlichen Marktprinzips erforderlich. Mit der Autonomie erhält er auch die Verantwortung, für seine Belange selbst zu sorgen.¹⁴⁶ Die Assistenzleistung und der Assistenzgeber sind vergleichbar mit „Werkzeugen“ zur Umsetzung dieses Anspruches, die man richtig „handhaben“ können muss.

Probleme des Assistenzmodells:

Wie bereits gezeigt wurde, sind Menschen mit schweren Behinderungen von den Anforderungen an ihre Kompetenzen, die sich aus dem Assistenzmodell ergeben, vielfach überfordert. Zwar ist es zu begrüßen, ihnen mehr Mündigkeit zuzusprechen und ein höchstmögliches Maß an Selbstbestimmung zu ermöglichen. Sie geraten aber dadurch

146 Vgl. Ackermann 2004, 163ff

vielfach unter den Druck, sämtliche Belange ihres Lebens eigenverantwortlich regeln zu müssen, wozu sie in der Realität nicht in der Lage sind. Sie werden mit ihrer Lebensbewältigung alleine gelassen.

Für Assistenten sind in diesem Modell die Aufgaben, die sie zu erfüllen haben, transparenter. Sie erhalten so mehr Sicherheit für ihr Handeln. Gleichzeitig leisten sie weniger emotionale Begleitung. Menschen mit Behinderungen haben hier oft einen Mangel, eines ihrer wichtigsten Grundbedürfnisse bleibt unerfüllt. Der Inanspruchnahme von Leistungen der Sexualassistenten liegt dieses Bedürfnis (Sehnsucht nach Überwindung der Einsamkeit, Partnerschaft und Liebe) häufig zugrunde¹⁴⁷.

6.3 Beispiel Nina de Vries

Die niederländische Sexualbegleiterin Nina de Vries berichtet in Seminaren und Fortbildungen für Mitarbeiter der Behindertenhilfe über ihre Arbeit. Sie leitet auch eine Ausbildung zum/zur Sexualassistenten/in. Ihre Veröffentlichungen haben auf dem Gebiet einen hohen Bekanntheitsgrad erlangt.

Zu ihrem Klientel zählten in der Vergangenheit hauptsächlich schwer körperbehinderte Männer, seit einigen Jahren arbeitet sie mehrheitlich mit Männern mit geistiger Behinderung, seltener auch mit Frauen. Sie gibt an, als „Ausbildung“ eine „Schule in der Kunst, ein Mensch zu sein“ in einer therapeutischen Gemeinschaft mit „buddhistischen Elementen“ durchlaufen zu haben. Zuvor war sie als Künstlerin und Erzieherin in einem Rehabilitationszentrum tätig. Dort kam sie erstmals in Kontakt mit Menschen mit Behinderungen. Ziele ihrer Arbeit sind, ihren Klienten zu einem neuen Selbstbewusstsein und einem freudigeren, entspannteren und ausgeglicheneren Gemüt zu verhelfen. Für sie selbst bezeichnet sie ihre Arbeit als ihre „Medizin, um (ihr) Herz zu öffnen“. Sie bevorzuge die Arbeit mit geistigbehinderten Menschen, weil diese weniger geprägt seien von hemmenden Idealvorstellungen darüber, wie Sexualität sich gestalten müsse. Sie könnten daher einen Moment besser genießen.

Ihre Leistungen schließen Geschlechts- und Oralverkehr aus, sie bietet allerdings die Befriedigung mit der Hand an, falls ihre Kunden dies wünschen. Weiterhin gibt sie Unterrichtung darüber, wie man masturbieren kann. De Vries möchte keine Erwartungen über Sexualität erfüllen, die in irgendeinem Zusammenhang mit Pornographie stehen.

147 Vgl. Vernaldi 2001 zit. n. Ackermann 2004, 167f

Ihrer Ansicht nach stellt diese keine würdevolle, schöne Sexualität dar. Sie möchte stattdessen eine „heilsame Freundlichkeit“ und über Berührungen in dem Bewusstsein, dass jeder Körper ein Wunder ist, ein gutes Gefühl über eben diesen Körper und die eigene Sexualität vermitteln.¹⁴⁸

Kritische Anmerkungen zur Selbstauskunft von Nina de Vries:

Es ist sicher richtig, dass ein solcher liebevoller Blick auf den Körper des Gegenübers diesem ein positives Selbstwertgefühl vermitteln kann. Im Assistenzmodell ist allerdings solche emotionale Beteiligung gerade nicht mitgedacht. Es ist m.E. auch infrage zu stellen, ob man von Sexualassistentinnen erwarten kann, dass sie ihren Kunden auf diese Weise begegnen. Viele von ihnen sind Prostituierte. In ihrer Arbeit geht es lediglich um die Befriedigung körperlicher Bedürfnisse. Kann so intimer Kontakt zu so vielen verschiedenen Personen überhaupt anders zu leisten sein, als unter Ausblendung der Gefühle? Brauchen Prostituierte nicht die durch den professionellen Rahmen gegebenen emotionalen Grenzen, damit ihre Tätigkeit für sie zumutbar bleibt? Nicht alle haben einen spirituellen Hintergrund wie de Vries. Vielen ist es sicher nicht möglich, wirklich jeden Körper aufrichtig zu bewundern. Die Intentionen und Ziele von de Vries können daher nicht Maßstäbe jeder Sexualassistenz sein.

6.4 Was Sexualassistenz leisten kann / Chancen

Einige mögliche positive Auswirkungen von Sexualassistenz für Menschen mit schweren Behinderungen sollen zunächst anhand des folgenden Beispiels aus der Praxis aufgezeigt werden¹⁴⁹.

Im Falle des niederländischen Autisten Bert ging die Initiierung der Maßnahme von einer Betreuerin der Einrichtung aus, in der Bert lebt. Sie stellte bei ihm sexuelle Bedürfnisse fest. So habe er wiederholt versucht, sie an den Geschlechtsteilen zu berühren und ihr während Massagen zu verstehen gegeben, dass er auch am Bauch massiert werden wolle. Darüber hinaus sei er in der Öffentlichkeit übergriffig gegenüber Passantinnen geworden. Die Betreuerin sah auch einen Zusammenhang zwischen Berts vermehrt auftretender Aggression und einem vermuteten unbefriedigten sexuellen Bedürfnis. Diesen

148 Vgl. de Vries 2004, 156ff

149 Vgl. de Vries 2004, 159ff

Zusammenhang stellte sie insbesondere aufgrund der Beobachtung fest, dass Bert besonders häufig aggressives Verhalten zeigte, nachdem er erfolglos versucht hatte, zu masturbieren. Weil das Eingehen auf Berts Wünsche den Rahmen ihrer Arbeit sprang, leitete die Mitarbeiterin Sexualassistenz für ihn in die Wege. Als Assistentin wurde Nina de Vries engagiert. Die Erfolge dieser Maßnahme für Bert lassen sich nach Aussagen der Betreuerin wie folgt zusammenfassen:

- Bert schätzte, dass sein Umfeld wahrnahm, dass er ein Bedürfnis hat und um welche Art von Bedürfnis es sich handelte. Menschen mit Behinderungen, so seine Betreuerin, wüssten oft selbst nicht, was da in ihnen vorgeht, woher die Erregung kommt und wie sie damit umgehen sollen. Sie sind sich oft nicht über ihre eigene Sexualität bewusst. Es zeuge von Respekt, wenn das Umfeld die Bedürfnisse anerkenne, ernstnehme und darauf reagiere. So kann dabei unterstützt werden, dass die Person ihre eigene Sexualität zunehmend besser kennen- und sie handzuhaben lernt.
- Es ist für Bert gut, dass hierfür eine externe Person zu ihm kommt und das Setting eine klare Abgrenzung vom Alltag erhält. Die Besuche sind für ihn etwas Besonderes, auf die er sich freuen und die er als Auszeiten genießen kann. So ist auch gewährleistet, dass keine Verwechslung zwischen einer Pflegesituation und einer Situation im Rahmen von Sexualassistenz stattfindet. Bert erwartet von den Mitarbeitern seiner Einrichtung nicht dasselbe wie von der Sexualassistentin, wie man vermuten könnte. Er kann die beiden Situationen unterscheiden.
- Bert versucht immer noch von Zeit zu Zeit, die Betreuerin an den Geschlechtsteilen zu berühren und äußert den Wunsch, von ihr auch intim berührt zu werden. Er geht hierbei allerdings nicht weiter als zuvor. Die Betreuerin kann die Situation jetzt für beide Seiten entspannen, indem sie die Handlung als Versuch Berts, ihr ein Bedürfnis mitzuteilen, deuten und ihm jetzt auch etwas anbieten kann („Die Sexualassistentin kommt bald wieder.“). Bert zeigt sich damit einverstanden und scheint sich über die Antwort zu freuen.
- Bert ist jetzt in der Lage, sich selbst zu befriedigen. Er zieht sich hierfür in seinen Intimbereich zurück und schließt die Tür. Er benötigt die Assistenzleistung jedoch nach Auffassung der Betreuerin trotzdem weiterhin, weil ihm das nicht reiche. Er brauche auch „das Nacktsein mit (der Assistentin)“, die Körpernähe zu einer Frau.
- Bert ist in der Öffentlichkeit nicht mehr übergriffig und zeigt im Alltag weniger

Aggressionen.

Besonders interessant an dem Beispiel ist m.E., dass Bert trotz schwerer geistiger Behinderung versteht, dass zwischen den körpernahen Situationen in Pflege und Sexualassistenz hinsichtlich ihrer Grenzen des Gestatteten zu unterscheiden ist. Es wird auch nicht berichtet, dass er sich in die Sexualassistentin verliebt und unter ihrer Abwesenheit zwischen den Sitzungen gelitten habe. Er konnte, wenn er aktuell ein Bedürfnis wahrnahm, in Vorfreude abwarten. An dieser Stelle könnte man fragen, ob ein so hohes Maß an Intellekt, wie wir es schwerbehinderten Menschen absprechen, überhaupt notwendig ist, um den Charakter einer zwischenmenschlichen Beziehung zu erfassen, oder ob sich dieser nicht eher intuitiv erschließt. In Berts Fall kann das oben genannte Argument gegen Sexualassistenz bei schwerbehinderten Menschen, dass diese das Verhältnis zur Assistentin nicht von einer Liebesbeziehung unterscheiden könnten, widerlegt werden. Überhaupt ist in Bezug auf dieses Argument, wenn Menschen mit schweren (geistigen) Behinderungen nach de Vries weniger von Idealvorstellungen über eine Liebesbeziehung geprägt sind, zu fragen: Verknüpfen sie Sexualität mit der gleichen Selbstverständlichkeit wie wir mit Liebe, gelingt ihnen die Unterscheidung zwischen beidem vielleicht besser als uns?

Dass Sexualassistenz nicht den Wunsch nach intimer, emotionaler Partnerschaft vieler behinderter Menschen erfüllen kann, stellt auch Vernaldi nicht infrage¹⁵⁰. Der Gründer der Sexualassistenzagentur „Sexibilities“, selbst körperbehindert, ist der Ansicht, dass die Leistungen „die Härte des ungewollten Alleinseins (...) abfedern“¹⁵¹ können.

Die Sexualassistenz bietet auch Chancen in Bezug auf die Sexualerziehung bei Menschen mit schweren Behinderungen. Wie gezeigt wurde, ist ein Ziel von Sexualassistenz das Erlangen von **mehr Selbstständigkeit im Bereich der Sexualität**¹⁵², indem man lernt, selbst für die Erfüllung sexueller Wünsche zu sorgen. Das Fallbeispiel zeigt, dass dies möglich ist. Sexualpädagogisch relevant ist aber auch, dass es offensichtlich möglich ist, wie Bert durch Sexualassistenz zu lernen, dass für sexuelle Handlungen Intimbereiche aufzusuchen sind. Er hat ebenfalls gelernt, dass Mitarbeiter der Einrichtung und auch fremde Frauen auf der Straße nicht für die Erfüllung seiner sexuellen Bedürfnisse in Anspruch zu nehmen sind. Er ist besser als zuvor in der Lage, **sexuelle Verhaltensregeln**

150 Vgl. Vernaldi 2001 zit. nach Ackermann 2004, 168

151 Ebd.

152 Vgl. Kap. 7.4.1 dieser Arbeit

einzuhalten¹⁵³. Es ist schwerbehinderten Assistenznehmern sexueller Dienstleistungen zu wünschen, dass die Assistentinnen die Ziele und Herangehensweise ihrer Arbeit ähnlich auffassen wie de Vries. Mit einer Einstellung zum (behinderten) Körper des Gegenübers, die positiv, in diesem Fall sogar von Bewunderung geprägt ist, ist es diesem in der Tat möglich, ein positives Empfinden über den eigenen Körper und somit ein **besseres Selbstwertgefühl** zu erlangen, womit ein weiteres Ziel der Sexualerziehung dieser Personengruppe in den Blick genommen wäre¹⁵⁴.

Zusammenfassend betrachtet ist es m.E. eine positive Entwicklung, dass sich die Diskussion um Sexualassistenz hierzulande zu öffnen scheint. Es sollte nicht zu einseitig dafür oder dagegen plädiert werden. Im Einzelfall ist eine genaue Betrachtung der Tragweite sowohl der möglichen positiven als auch negativen Auswirkungen auf die betreffende Person anzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden. Es gilt weiterhin, auf die Konsequenzen der Maßnahme auf die Person zu achten, auch wenn diese bereits regelmäßig in Anspruch genommen wird. Bei aller zunehmenden Offenheit dem Themen gegenüber sollte eine Grenze bestehen bleiben: Sexualassistenz sollte von externen Dienstleisterinnen und nicht von den üblichen Bezugspersonen geleistet werden. Das pädagogische Personal durch einen solchen Anspruch zu sexuellen Handlungen zu nötigen, wie es andernorts diskutiert wird, wäre unzumutbar. Auch die betroffenen Menschen mit Behinderungen benötigen, wie gezeigt wurde, eine klare Trennung des Settings von Situationen des Alltags, damit das Verhältnis zu den Bezugspersonen nicht ambivalent wird. Für sie wären aus einer solchen Praxis vorwiegend negative Konsequenzen zu erwarten.

153 Vgl. ebd.

154 Vgl. ebd.

7. Sexualpädagogik

Die folgenden Ausführungen geben zunächst eine theoretische Grundlegung (1. „Begriffsbestimmung“ und 2. „Richtungen“) für eine Sexualpädagogik bei Menschen mit schweren Behinderungen. Im Anschluss werden übergreifende Aspekte (3.) dargestellt, die für das praktische, sexualerzieherische Handeln leitend sind. Dieses wird in 4. behandelt, wobei es zunächst seine Begründung durch Ziele erhält, dann nach möglichen Inhalten und Methoden gefragt wird und am Ende kritisch die Probleme und Grenzen betrachtet werden. Wie zu zeigen sein wird, kann sich Sexualpädagogik bei der betrachteten Personengruppe nicht auf das Kindes- und Jugendalter beschränken. Aus diesem Grund werden auch Überlegungen hinsichtlich des sexualandragogischen Handelns im Erwachsenenalter angestellt.

7.1 Begriffsbestimmungen

Im Kontext des theoretischen und praktischen pädagogischen Handelns auf dem Gebiet der Sexualität finden viele Begriffe, teilweise auch synonym, Verwendung. Sie meinen jedoch nicht dasselbe. Einige sagen schon sehr konkret etwas über Intentionen und Inhalte des bezeichneten pädagogischen Handelns aus, andere bleiben allgemeiner, so dass man sie mit Inhalt füllen muss. Am Beginn der Auseinandersetzung mit dem Thema steht daher eine Begriffsbestimmung der im Weiteren verwendeten Termini.

Sexualpädagogik

Sexualpädagogik fasst als Oberbegriff praktische, erzieherische Maßnahmen im Sinne einer „altersgemäßen Förderung der Sexualität“¹⁵⁵ (= Maßnahmen der „Sexualerziehung“) sowie deren Erforschung und Theoriebildung zusammen. Sie richtet sich bei der Betrachtung ihres Gegenstandes nach wissenschaftlichen Standards. Es handelt sich um eine Teildisziplin der allgemeinen Erziehungswissenschaft.

Sexualerziehung

„Sexualerziehung“ hat sich als Begriff für die sexualpädagogisch begründete Praxis durchgesetzt. Ehemals konkurrierende Begriffe bezeichnen, wie sich gezeigt hat, das breite Spektrum an Aufgaben und Inhalten der sexuellen Erziehung nicht vollständig. „Geschlechtererziehung“ oder auch „Partnerschaftserziehung“ etwa ist die „Erziehung zu (einer) Partnerschaft“¹⁵⁶, die sich lebenslang bewähren soll. Weitere Ziele sind die „Bejahung der eigenen Geschlechtlichkeit und Verantwortung gegenüber dem anderen Geschlecht“¹⁵⁷. Die Geschlechtsidentität und der gegengeschlechtliche Umgang miteinander sind zwar wichtige, aber nicht die einzigen Aspekte einer bereichernden, von Sexualerziehung angestrebten Sexualität. Problematisch an der Verwendung des Begriffes „Geschlechtererziehung“ ist weiterhin, dass darunter oft getrenntgeschlechtliche Erziehung verstanden wird¹⁵⁸. Diese ist wiederum nur eine von vielen möglichen Maßnahmen zur Herausbildung einer Identität im eigenen Geschlecht. Ob es sich dabei um eine sinnvolle Maßnahme handelt, soll an dieser Stelle nicht erörtert werden. Vielfach wird Geschlechterdifferenzierung jedenfalls heute als veraltete Form der Erziehung

155 Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 247

156 Vgl. Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 245

157 Ebd.

158 Vgl. ebd.

betrachtet, die im Kontext von Menschen mit Behinderungen insbesondere dem Normalisierungsprinzip widerspricht¹⁵⁹. Sexualerziehung als „Partnerschaftserziehung“ indes würde an den Bedürfnissen von Menschen mit schweren Behinderungen vorbeigehen, da diese, wie gezeigt wurde, meist keine Partnerschaften im Sinne einer Liebesbeziehung eingehen und somit auch ihre Sexualität dort nicht ihren Platz hat. Die Personengruppe würde so schon rein terminologisch von sexualerzieherischen Bemühungen ausgeschlossen.

Ein weiterer, in der heutigen Literatur fast einhellig abgelehnter Begriff ist der der „Sexualaufklärung“, weil er den Fokus zu einseitig auf die Vermittlung biologischen Wissens über die Sexualfunktionen legt. So verstandene Sexualerziehung vernachlässigt die Bedeutung psychosozialer Faktoren für die Entwicklung der Sexualität. Zu sehr klingt der Begriff für moderne Ohren auch nach moralischer Belehrung und Bevormundung. Er impliziert außerdem, ein Jugendlicher sei zu einem gewissen Zeitpunkt aufzuklären und von da an „aufgeklärt“, was dem (sonder-)pädagogischen Prinzip des übenden Wiederholens im Allgemeinen und der Auffassung von der Sexualerziehung nicht als einmaligen Unterrichtsgegenstand, sondern als durchgängiges Unterrichtsprinzip im Besonderen widerspricht.¹⁶⁰

In Abgrenzung zu diesen exklusivistischen Bezeichnungen, die zu einseitig sind und nur Teilaspekte erfassen, meint „Sexualerziehung“ die „bewusste, gezielte und geplante Förderung der menschlichen Sexualität auf allen Altersstufen“¹⁶¹. Für Schmetz handelt es sich um „ein interaktiv-kommunikatives Geschehen“¹⁶², das Sozialisations- und Enkulturationsvorgänge im Hinblick auf sozial erwünschte und individuell zufriedenstellende sexuelle Erlebnis- und Verhaltensdispositionen einleiten möchte.

7.2 Richtungen in der Sexualpädagogik

Innerhalb der Sexualpädagogik lassen sich mehrere Richtungen unterscheiden. Sie sind abhängig von der Intention, die man mit dem erzieherischen Handeln verfolgt. Betrachtet man dies historisch, so lässt sich feststellen, dass eine Richtung aufgrund der Bedingungen ihrer Zeit entstanden ist und von diesen her ihre Begründung erfährt.

159 Vgl. ebd.

160 Vgl. ebd., 245f

161 Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 246

162 Schmetz 1983 zit. n. Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 252

Dementsprechend gibt es für alle Ansätze „Hochphasen“ und zu einer bestimmten Zeit einen jeweils vorherrschenden. Gänzlich „ausgestorben“ ist jedoch keiner, es fließen immer auch Färbungen einer Richtung in andere hinein, ob gewollt als Auseinandersetzung mit dieser oder unbeabsichtigt als „Schranken in den Köpfen“, die überwunden werden sollen. Es ist daher bei der Beschäftigung mit dem Thema sinnvoll, alle sexualpädagogischen Ansätze zu betrachten.

Als ältester von diesen ist der **repressive Ansatz** zu nennen, der sich durch eine im Allgemeinen eher ängstliche Haltung zur Sexualität auszeichnet¹⁶³. Dementsprechend wird in der Erziehung meist auf die Gefahren der Sexualität mit dem Ziel ihrer Unterdrückung verwiesen. Da sie nach dieser Auffassung auf die Ehe beschränkt sein soll, sollen sich Kinder und Jugendliche von dem Thema fernhalten. Wo es dennoch hervortritt, möchte man möglichst davon ablenken. Selbstbeherrschung und Enthaltbarkeit sind die Tugenden, die es zu fördern gilt. Repressive Sexualerziehung ist also keine Erziehung zur Sexualität, sondern gegen sie. Sie wird als vorrangige Aufgabe der Eltern in Form einer „Aufklärung“ verstanden¹⁶⁴. Reich stellt einen Zusammenhang zwischen dieser Erziehungsform und einer autoritären Persönlichkeitsstruktur der Erziehenden fest, für die sexuelle Unterdrückung ein Instrument zur Herrschaftssicherung darstellt¹⁶⁵. Sexualität wird einseitig im Hinblick auf ihre reproduktive Funktion zulasten der Anerkennung ihrer lustgewinnenden Funktion betrachtet. Besonders problematisch ist dies für Menschen mit Behinderungen, da sie einerseits entweder nicht zeugungsfähig sind oder ihnen diese Möglichkeit von Autoritäten verwehrt wird und sie andererseits häufig in kirchlichen Institutionen leben, wo der repressive Ansatz noch vermehrt vertreten wird. Ihre Sexualität wird aufgrunddessen abgelehnt, verhindert und/oder bestraft.¹⁶⁶

Die **affirmative oder auch scheinliberale Sexualpädagogik** entstand Ende der 60er-Jahre im Zusammenhang mit der so genannten „Sexwelle“. „Befreiung der Sexualität“ lautet ihre Forderung, wobei es sich nur scheinbar um ein selbstloses Interesse handelt, das das Wohlergehen des Individuums im Sinn hat. Wegen ihrer hohen Verknüpfung mit Interessen des Marktes möchte diese Richtung zu einem verstärkten Konsumverhalten im

163 Vgl. Hoyler-Herrmann 1994, 25

164 Vgl. Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 247

165 Vgl. Reich zit. n. Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 247

166 Vgl. Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 247

Bereich der Sexualität erziehen. Schönheitsideale sowie sexuelle Leistungsnormen lassen beispielsweise die Kosmetik- und Modeindustrie blühen. Für das Individuum bedeuten sie hingegen keine wirkliche Befreiung, sondern lediglich das Ersetzen alter Zwänge durch neue. Fischer bezeichnet den Vorgang als „subtile, manipulative Sexualnormierung“¹⁶⁷. Behinderte Menschen, die sich mit dem Vergleich mit einem Ideal und Orientierung an Normen häufig schwer tun, leiden darunter besonders. Tragisch ist auch der mit dieser Richtung einhergehende Warencharakter zwischenmenschlicher Beziehungen in Form von Zuweisung eines Wertes aufgrund oberflächlicher, labiler Kriterien.¹⁶⁸

Die heute am gängigsten vertretene Richtung ist die **emanzipatorische Sexualpädagogik**. Sie bejaht die Sexualität und steht für mehr Freizügigkeit ein. Ihre Grenzen hat die Freizügigkeit in den Bedürfnissen des Partners sowie aus der sozialen Situation heraus, die ein gewisses Verhalten ge- oder verbietet.¹⁶⁹ Politische Grundlage dieser Richtung bildet der Wille zur Befreiung von autoritären Zwängen, der sich im Begriff der „Emanzipation“ als Gegenbegriff zur „Fremdbestimmung“ manifestiert. Emanzipatorische Sexualpädagogik erkennt die psychosoziale Sichtweise von Sexualität an, sie bejaht sie daher in jedem Lebensalter. Als solche ist sie im Sinne der physischen und psychischen Gesunderhaltung zu fördern. Wichtige Themen sind weiterhin die Gleichstellung der Geschlechter, beispielsweise durch den Abbau von Rollenzwängen, sowie die Akzeptanz von Minderheiten (z.B. Homosexualität). Es wird erkannt, dass Normen veränderbar sind und daher ein Verharren in veralteten Mustern um ihrer selbst Willen abgelehnt.¹⁷⁰ Die emanzipatorische Richtung orientiert sich einerseits am Individuum, indem sie die reale Verbesserung seiner konkreten Lebensverhältnisse anstrebt. Kentler hält es für ihre Aufgabe, die „Genuss- und Liebesfähigkeit der Individuen“¹⁷¹ zu fördern. Andererseits richtet sie sich auch an die gesamte Gesellschaft, indem sie Vorurteile und Integrationsbarrieren abzubauen versucht. Rohr stellt in dieser Richtung einen Wandel vom Grundsatz der „Befreiung von...“ hin zur „Befähigung zu...“ fest¹⁷². Möglicherweise ist dies eine Reaktion auf die Kritik vonseiten des **personal-dialogischen Ansatzes** in der Sexualpädagogik, der den emanzipatorischen für zu

167 Vgl. Fischer 1971 zit. n. Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 248

168 Vgl. Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 248

169 Vgl. Hoyler-Herrmann 1994, 26

170 Vgl. Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 248

171 Vgl. Kentler 1970 zit. n. Hoyler-Herrmann 1994, 26

172 Vgl. Rohr 1980 zit. n. Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 260

„utopisch“ und „ideologisch“ mit „romantischen Zügen“ hält¹⁷³. Walter/Hoyler-Herrmann stellen dagegen fest, dass emanzipatorische Sexualpädagogik, richtig verstanden, nicht eine „hedonistische Verabsolutierung des Lustprinzips“¹⁷⁴ anstrebe. Es geht bei diesem Ansatz eher um höchstmögliche Selbstständigkeit jedes einzelnen im Urteilen und Handeln. Bei Menschen mit Behinderungen jedenfalls ist der Grundsatz der „Befreiung von...“ - beispielsweise unnötigen Abhängigkeiten oder Entmündigung – weiterhin leitend. In diesem Sinne wollen Maßnahmen der emanzipatorischen Sexualerziehung „Hilfe zur Selbsthilfe“ sein.¹⁷⁵

7.3 Übergreifende Aspekte einer Sexualpädagogik (nicht nur) für Menschen mit schweren Behinderungen

Im Folgenden werden einige Voraussetzungen und Prinzipien aufgeführt, die die sexualpädagogische Grundlage für Ziele, Inhalte und Methoden einer Sexualerziehung für Menschen mit schweren Behinderungen bilden. Die Grundlage gilt jedoch nicht nur für diese Personengruppe, sondern in mehr oder weniger hohem Maße für jede Sexualerziehung, ob es um Menschen mit Behinderungen geht oder nicht. Die verwendete Literatur setzt sich hauptsächlich mit der Situation geistigbehinderter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener auseinander. An einigen Stellen wurde eine Auswahl hinsichtlich der besonderen Relevanz für die Lebenssituation von Menschen mit schweren Behinderungen getroffen.

7.3.1 Sexualerziehung als Teilaspekt der Gesamterziehung

Sexualerziehung wird angesehen als Aufgabe, die wie andere Erziehungsaufgaben auch von allen hierfür Verantwortlichen zu jeder Zeit zu leisten ist¹⁷⁶. Das heißt, sie durchzieht als durchgängiges Prinzip die Alltagspädagogik. Darüber hinaus sollte das Thema Sexualität als Unterrichtsinhalt in der Schule explizit thematisiert werden. Gerade für Menschen mit Behinderungen ist es sinnvoll, dies immer wieder und auch über Jahre hinweg zu tun, da „geistige Behinderung lebenslang (das) Wiederholen erfordert“, damit

173 Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 249

174 Wilms 1978 zit. n. Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 260

175 Vgl. Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 260

176 Vgl. Hoyler-Herrmann 1994, 26

„re-aktivierendes Lernen“ gelingen kann¹⁷⁷. Die Kunst ist hier, wie bei jeder pädagogischen Bemühung, die im pädagogischen Rahmen erreichten Ziele in die Lebenswirklichkeit des zu Erziehenden / Lernenden zu integrieren. Dies kann geschehen, indem Gelegenheiten im Alltag als günstige Anlässe für einen Lernprozess erkannt und genutzt werden. Weiter unten in diesem Kapitel zeigen Beispiele aus dem Alltag im Elternhaus sowie aus der Pflege mögliche Situationen auf, die man hierfür aufgreifen könnte. Da es sich um eine theoretische Abhandlung des Themas handelt, können jedoch nur einige aufgeführt werden. Festzuhalten ist, dass Sexualität ein Lebensthema ist und als solches seinen Platz sowohl im pädagogischen Alltag als auch in sexualpädagogischen Sonder-Settings hat. Vor diesem Hintergrund erscheint auch eine diesbezügliche Erwachsenenbildung als „sexualandragogische Lebenshilfe“¹⁷⁸ sinnvoll. Für diese ist die Betrachtung der Biographie der erwachsenen Person ein besonders wichtiger Ausgangspunkt. Sexuelles Erleben und Verhalten lässt sich nicht losgelöst davon verstehen, wie es so geworden ist, also welche Erfahrungen aus der Entwicklung es prägen. Für die Sexualandragogik ist daher Individualisierung zentral.¹⁷⁹ Weiterhin hat sie eine kompensatorische Aufgabe, da behinderte Menschen häufig Enttäuschungen, Brüche und Mangel Erfahrungen oder traumatisierende Erlebnisse mit Einfluss auf die Sexualität aufarbeiten müssen¹⁸⁰. Organisatorisch stellt der oft radikale Bruch zwischen Schule und WfbM (oder anderen tagesstrukturierenden Maßnahmen) ein Problem dar¹⁸¹. Nicht selten finden damit jegliche pädagogische Bemühungen um die Person ein Ende. Während der Schulzeit jedenfalls sollte Sexualerziehung in jeder Schulstufe auch explizit thematisiert und alters- bzw. entwicklungsgemäß erweitert werden¹⁸².

7.3.2 Sexualefreundliche Sexualerziehung

„Sexualefreundliche Sexualerziehung“ bezeichnet die grundsätzliche Haltung des Erziehers zur Sexualität der zu erziehenden Person/en. Den Begriff prägte Sielert, er ist in der allgemeinen Pädagogik verortet¹⁸³. Es wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch über die Sexualität als Lebensenergie verfügt und zu einer für sich befriedigenden Form finden

177 Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 253

178 Ebd., 262

179 Vgl. ebd., 256f

180 Vgl. ebd., 258f

181 Vgl. Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 254

182 Vgl. Ortland 2008, 120

183 Vgl. Sielert 1993 zit. n. Ortland 2008, 91

kann¹⁸⁴. Sexualfreundliche Sexualerziehung hat die Aufgabe, den Weg hin zu dieser Form zu ebnen. Da es kein „richtiges“ Sexualverhalten im Sinne einer zu erfüllenden Norm gibt, ist es eine Entwicklungsaufgabe jedes Menschen, das zu ihm „passende“ Verhalten zu finden¹⁸⁵. Die Haltung äußert sich in einer bejahenden Atmosphäre, die den Ausdruck von Sexualität grundsätzlich begrüßt. Es gilt, auch äußere Bedingungen zu schaffen, die das ermöglichen, z.B. durch die Einrichtung kleinerer Wohngruppen, eine weniger sterile, hospitalisierende Umgebung und die Schaffung von Intimbereichen¹⁸⁶. Es zeigt sich bei aller theoretischen Bejahung der Sexualität allerdings, dass die Realität viel sexualfeindlicher ist als entsprechende Positionspapiere. Bevormundung und Verbote schränken sie ein. Geht es um Menschen mit Behinderungen, so haben auch auf diesem Gebiet tätige Pädagogen häufig beispielsweise Schwierigkeiten mit der Vorstellung, dass Genitalsexualität für ihre Klienten infrage kommt.¹⁸⁷ Der Personengruppe wird eher der „Mittelbereich der Zärtlichkeit“¹⁸⁸ zugedacht. Zwar ist insbesondere bei Menschen mit schweren Behinderungen, wie gezeigt wurde, ein erweitertes Verständnis von Sexualität zugrunde zu legen¹⁸⁹. Eine sexuelle Doppelmoral (eine für nichtbehinderte, eine andere für behinderte Menschen) darf es jedoch nicht geben. Obwohl der erweiterte Sexualbegriff viele Möglichkeiten des Erlebens und Handelns einschließt und genitale Sexualität bei Menschen mit schweren Behinderungen selten ist, darf sie nicht von vorneherein für die gesamte Personengruppe ausgeschlossen werden. Sexualfreundliche Sexualerziehung ist so verstanden eine Herausforderung, Sexualität in allen ihren Ausdrucksformen anzuerkennen, auch wenn das bedeutet, dass wir unsere bisherigen Vorstellungen darüber revidieren müssen.

7.3.3 Professionalisierung des pädagogischen Personals

Sexualpädagogische Kompetenz kann im Rahmen spezieller Seminare und Fortbildungen für pädagogisches Fachpersonal gewonnen werden. Sie sollte aber auch in der allgemeinen Ausbildung von Erziehern und Lehrern ihren Platz haben. Eine Befragung von Ortland unter Lehrerinnen zeigte, dass hier noch vieles im Argen liegt. In ihrem Alltag sind die Befragten häufig mit der Sexualität der Schüler konfrontiert, sie fühlen sich aber durch

184 Vgl. ebd.

185 Vgl. ebd., 92

186 Vgl. Hoyler-Herrmann 1994, 33

187 Vgl. Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 253

188 Sporken 1974 zit. n. Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 251

189 Vgl. Kap. 4 dieser Arbeit

ihre Ausbildung nicht ausreichend darauf vorbereitet. Insbesondere in Bezug auf Schüler mit Körperbehinderungen wünschen sich fast alle eine besondere Ausbildung auf diesem Gebiet und bewerten die eigene als mangelhaft.¹⁹⁰ Im Folgenden sollen Inhalte einer sexualpädagogischen Ausbildung sowie Anregungen zur methodischen Umsetzung dieser Ausbildung aufgeführt werden.

Wie bereits angedeutet wurde, ist die Qualität der sexuellen Erziehung in hohem Maße von den Einstellungen der Erzieher zu diesem Thema abhängig. Diese sind geprägt durch Erfahrungen der eigenen Biographie. Es handelt sich um einen Zusammenhang, der darüber hinaus für jedes pädagogische Handlungsfeld gegeben ist. Burchardt betrachtet daher die Auseinandersetzung mit sich selbst als eine wichtige Voraussetzung jeglicher pädagogischen Professionalisierung¹⁹¹. Am Beginn der Gewinnung sexualerzieherischer Handlungskompetenz steht also die **Reflexion der eigenen sexuellen Biographie**.

Inhalte dieser können sein:

- Das Erkennen der eigenen sexuellen Bedürfnisse. Daraus kann ein Verständnis für die Bedürfnisse der zu Erziehenden resultieren, indem man feststellt, dass diese sich von den eigenen nicht wesentlich unterscheiden¹⁹². Das Verbindende kann so eher wahrgenommen werden. Es wird deutlich, dass gerade für Menschen mit Behinderungen die Erfüllung dieser Bedürfnisse aufgrund äußerer Bedingungen (z.B. ein hohes Maß an Fremdbestimmung) erschwert ist und dass die Gründe hierfür nicht in einer „Andersartigkeit“ der Person selbst liegen. Es ist so möglich, eine empathische Grundhaltung gegenüber den Personen, mit denen man sexualpädagogisch arbeitet, einzunehmen. Außerdem wird ein bestimmtes Verhalten oder eine Situation besser verstehbar.
- Die Anerkennung der Sexualität als ein im Vergleich zu anderen „instabiler“ Persönlichkeitsbereich mit hoher Relevanz für den Selbstwert¹⁹³. Situationen im pädagogischen Alltag, die das Thema Sexualität betreffen, rufen besonders häufig Verunsicherungen bei Pädagogen hervor. Es ist hilfreich, sich über die eigene Verletzbarkeit und „wunde Punkte“ bewusst zu sein, um beispielsweise Affekte oder starke Emotionen bei sich selbst einordnen zu können. Unangemessene

190 Vgl. Ortland 2008, 108

191 Vgl. Burchardt 1999 zit. n. Ortland 2008, 85

192 Vgl. Couchoud/Neumann 1994, 118

193 Vgl. Ortland 2008, 86

Spontanreaktionen auf ein als herausfordernd erlebtes Verhalten sind so eher zu vermeiden.

- Die Bedeutung von Normen und Werten aus Gesellschaft, Elternhaus oder Religion für die eigenen Bewertungen sexueller Themen¹⁹⁴. Sie sollten nicht unreflektiert als Maßstab für die Sexualität anderer übernommen werden. Möglicherweise sind einige unangemessen für die zu erziehenden Personen und sollten daher nicht deren Sexualerziehung beeinflussen. Von anderen wiederum kann man vielleicht nicht absehen, weil sie für einen selbst so grundlegend sind, dass man andernfalls seine Authentizität einbüßen würde. Auch die Anerkennung solcher individueller Grenzen ist wichtig, damit ein Thema oder ein Problem gegebenenfalls von einem Kollegen bearbeitet werden kann.
- Die eigenen Kriterien für Freundschaft, Partnerschaft und Ehe. Gerade für Menschen mit Behinderungen, denen viele Möglichkeiten in dieser Hinsicht verschlossen sind, stellt die unreflektierte Übernahme dieser Kriterien oft eine Überforderung dar¹⁹⁵.
- Eventuelle Defizite in der eigenen Sexualerziehung oder Traumata in der sexuellen Biographie.

Methodisch gibt es mehrere Möglichkeiten, sich mit der eigenen Sozialisation auseinanderzusetzen. Hoyler-Herrmann schlägt ein Seminar zur sexualpädagogischen Professionalisierung vor, das dieses Thema unter anderen als „emotional-affektiven Lernbereich“ für die Pädagogen beinhaltet¹⁹⁶. Wie eine Evaluierung unter Seminarteilnehmern ergab, wurde dieser Lernbereich als besonders hilfreich erlebt. Ortland hingegen stellt fest, dass die Bearbeitung der eigenen sexuellen Biographie in der Lerngruppe von Teilnehmenden teilweise als unangenehm empfunden wurde. Sie hält es daher für möglich, dies in eigener Verantwortung – beispielsweise mit Hilfe eines Fragebogens – zu tun.¹⁹⁷ Einige mögliche Fragen, die man sich stellen kann, haben für die Arbeit mit schwerbehinderten Menschen besondere Relevanz:

- Scheint mir Sexualerziehung für alle unabhängig von der Schwere der Behinderung bedeutsam?
- Welche Ziele sind mir grundsätzlich für eine Sexualentwicklung wichtig?

194 Vgl. Hoyler-Herrmann 1994, 35

195 Vgl. ebd.

196 Vgl. Hoyler-Herrmann 1994, 33-38

197 Vgl. Ortland 2008, 87f

- Welche Ziele sind aus den möglichen Besonderheiten in der sexuellen Entwicklung schwerbehinderter Menschen abzuleiten?
- Welche Ziele sind aus der Lebenssituation meiner/s Schüler/s abzuleiten?
- Gibt es Themen, die mir unangenehm sind und die ich lieber vermeiden möchte? Warum? Thematisiere ich sie trotzdem?
- Wie kann ich eine gemeinsame Kommunikationsform finden?
- Wie gehe ich damit um, wenn Schüler von sich aus keine Fragen stellen? Bin ich z.B. erleichtert und ziehe mich aus der Verantwortung? ¹⁹⁸

Wie gezeigt wurde, reicht die Sexualität von Schülerinnen und Schülern über ihre explizite Thematisierung im Rahmen einer gezielten Sexualerziehung hinaus in den schulischen Alltag hinein. Dies kann Auswirkungen auf das Lehrer-Schüler-Verhältnis haben. Damit dieses für beide Seiten transparent bleibt und um Ambivalenzen zu vermeiden, sollte man daher weitere Fragen in Bezug auf schulische Alltagssituationen für sich klären:

- Wie bewerte ich die Körpernähe zwischen Schülern und mir und unter Mitschülern?
- Welche Maßnahmen wende ich bei für mich störendem Verhalten an?
- Nehme ich die Schüler als sexuelle Wesen wahr?
- Was signalisiere ich evtl unbewusst durch meine Körpersprache?
- Wie erkläre ich mir sexualisiertes Verhalten der Schüler? Als Folge eines nicht klar abgegrenzten Schüler-Lehrer-Verhältnisses aufgrund des körperlichen Hilfebedarfs oder als schädigungsbedingte Eigenart, distanzloses und triebhaftes Verhalten? ¹⁹⁹

Am Ende der Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität sollte ein klar definiertes, elaboriertes, realitätsangemessenes sexuelles Selbstkonzept stehen, das ein Bewusstsein über die biographische Bedingtheit der eigenen Einstellungen und Werte, die Kenntnis der eigenen Stärken und Schwächen, Vorlieben und Abneigungen und auch Widersprüche innerhalb der eigenen Identität beinhaltet²⁰⁰.

Ein wichtiges Element sexualpädagogischer Kompetenz ist auch das **Wissen** über biologische und medizinische Aspekte der Sexualität, über die psycho- und soziosexuelle Entwicklung, geschlechtsrollentypische Faktoren und die Ausdrucksformen sexuellen Verhaltens. Für die Arbeit mit Menschen mit Behinderungen ist zusätzlich

198 Vgl. ebd.

199 Vgl. ebd., 89

200 Vgl. Burchardt 1999 zit. n. Ortland 2008, 87

„behindertenspezifisches“ Wissen wichtig, beispielsweise über Themen wie Sterilisation, Empfängnisverhütung, Ehe und ausgewählte Rechtsfragen. In dieser Arbeit wurden daher einige dieser Themen ausführlich behandelt. Eine sexualpädagogische Ausbildung muss neben dem emotional-affektiven also einen kognitiven Lernbereich, der diese Sachinformationen vermittelt, beinhalten.²⁰¹ Es kann hilfreich sein, hierfür Fachleute (z.B. Mediziner, Psychologen, Theologen) hinzuzuziehen.

Auf Grundlage der Betrachtung der eigenen Biographie und des erworbenen Wissens geht es im nächsten Schritt um die Gewinnung sexualpädagogischer **Handlungskompetenz**. Diese beinhaltet die Kenntnis über Methoden, Material und Medien der Bearbeitung des Themas mit verschiedenen Zielgruppen. Praxisbeispiele können Handlungsoptionen aufzeigen. Als Methode kann das Rollenspiel eine konkrete Situation veranschaulichen, damit diese pädagogisch reflektiert werden kann. Am Ende sollte eine „Transfer-Überlegung“ stehen, während der genau die Maßnahmen geplant werden, die man am eigenen Arbeitsplatz umsetzen möchte.²⁰²

Für die Aneignung der beschriebenen Inhalte einer sexualpädagogischen Ausbildung bietet sich der Besuch eines Seminars an. Es macht Sinn, eine entsprechende Fortbildung mit dem gesamten Team zu organisieren (z.B. ein pädagogischer Tag)²⁰³. Professionelle Arbeit auf diesem Gebiet beinhaltet nämlich unbedingt eine gute Zusammenarbeit aller Beteiligten. Eine vertrauensvolles Verhältnis ermöglicht einen offenen, ungehemmten Umgang mit dem Thema und hilft, Unsicherheiten und Tabus abzubauen. Wie bereits angedeutet wurde, kann auch die Unterschiedlichkeit in den Biographien der Mitarbeiter die gemeinsame Arbeit bereichern, indem unterschiedliche Zugänge zu einem Thema oder Problem für eine sinnvoll begründete, gemeinsame Entscheidung genutzt werden können. Wo eine Person überfordert ist, kann eine andere unterstützen. Resultat einer gelungenen **Teamarbeit** ist eine gemeinsame Haltung zu wichtigen sexuellen Themen im schulischen Umfeld sowie verbindliche Absprachen (z.B. Reaktionen auf übergriffiges Verhalten unter den Schülern).²⁰⁴ Nur so haben Erzieher die notwendige Sicherheit in Form einer Legitimation, um in seiner Situation, die dies

201 Vgl. Hoyler-Herrmann 1994, 34f

202 Vgl. ebd., 36f

203 Vgl. Ortland 2008, 95

204 Vgl. Ortland 2008, 90f

erfordert, auch „beherzt“ einzugreifen.

Sexualpädagogische Kompetenz ist auch eine Notwendigkeit für Nicht-Fachkräfte wie Freiwillige des Bundesfreiwilligendienstes oder im sozialen Jahr²⁰⁵. Sie haben an Schulen oder anderen Institutionen in der Regel einen Beschäftigungsumfang von 100% und sind daher in sexualerzieherisch relevante Alltagssituationen im hohem Maße eingebunden. Es ist daher im Sinne der bestmöglichen Betreuung des Klientels notwendig, auch ihre Kompetenzen zu erweitern. Darüber hinaus ist dies auch wichtig für die Freiwilligen selbst, um ihnen Ressourcen für die Bewältigung eventuell belastender Erlebnisse zur Verfügung zu stellen.

7.3.4 Einbindung von Angehörigen

Angehörige, insbesondere die Eltern, sind für behinderte Menschen meist lebenslang die direkten Vermittler. Informationen und Entscheidungsmöglichkeiten erreichen sie nur durch diesen „Filter“.²⁰⁶ Angehörige sind daher in alle pädagogischen Überlegungen einzubeziehen, damit diese umgesetzt werden und Erfolge zeigen können. In Bezug auf die Sexualität sind wichtige Themen für Eltern laut einer Befragung Freundschaftsbeziehungen ihrer Töchter oder Söhne und Sterilisation. Viele setzen sich aber überhaupt nicht mit der Sexualität ihrer Kinder auseinander. Sie nehmen sie als asexuelle Wesen wahr. Hier liegt eine Diskrepanz zur Wahrnehmung von Mitarbeitern in Einrichtungen vor, die durchaus sexuelle Wünsche und Bedürfnisse bei den Betreuten erleben.²⁰⁷ Als Grund für die Negierung der Sexualität von Menschen mit Behinderungen gerade durch deren Eltern nennt Ortland beispielsweise, dass häufig andere, aktuelle Themen sehr im Mittelpunkt stehen (z.B. Therapien, Operationen), sodass für das Thema Sexualität keine Kapazitäten übrig sind. Weiterhin wollen einige ihren Kindern mögliche Enttäuschungen in Form von unerfüllten Wünschen ersparen und vermeiden das Thema daher.²⁰⁸ Dass Sexualität eine angeborene Kraft jedes Menschen ist, ob man sie „weckt“ oder nicht²⁰⁹, wissen Eltern meist nicht. Dementsprechend ist es für sie eine logische Schlussfolgerung, ihre Tochter oder ihr Sohn sei nicht sexuell interessiert, da sich das nicht offenkundig zeigt. Zeigen sich doch Ausdrucksformen sexuellen Verhaltens, werden diese von Eltern aufgrund einer eingeschränkten Vorstellung von Sexualität auf den

205 Vgl. Couchoud/Neumann 1994, 115

206 Vgl. ebd., 116

207 Vgl. Couchoud/Neumann 1994, 115

208 Vgl. Ortland 2008, 91

209 Vgl. Sielert 1993 zit. n. Ortland 2008, 91

genitalen Aspekt als nicht „vollwertige“ sexuelle Aktivitäten wahrgenommen. Walter/Hoyler-Herrmann weisen darauf hin, dass viele Eltern einer Generation angehören, die selbst eine repressive Sexualerziehung erlebt haben und dadurch ebenfalls in Bezug auf das Thema gehemmt sind²¹⁰. Es ist also notwendig, die in dieser Arbeit behandelten Aspekte der Sexualität behinderter Menschen im Rahmen einer Sexualerziehung der Angehörigen auch mit diesen zu thematisieren. Schwerpunkte sind hier zu legen auf:

- eine angemessene Definition von „Sexualität“
- das „Recht auf Sexualität“
- das Sexualverhalten von Menschen mit Behinderungen
- die (möglicherweise im Vergleich zu Menschen ohne Behinderungen veränderte) sexuelle Entwicklung
- die Reflexion der von Angehörigen geschilderten Erfahrungen²¹¹

In der Umsetzung einer solchen Einbeziehung der Angehörigen in die Sexualerziehung von Menschen mit Behinderungen hat sich gezeigt, dass dies ein schwieriges Unterfangen ist. Viele bleiben nicht lange an diesem Thema dran und nehmen beispielsweise unregelmäßig an Gesprächsabenden teil.²¹² Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, das Thema statt in einer längeren, sich fortsetzenden Reihe lieber relativ kompakt, z.B. an zwei bis drei Thementagen hintereinander im Abstand von zwei (Schul-)Jahren, zu bearbeiten. Es bietet sich auch an, während eines Elternabends, bei dem auch andere Themen besprochen werden, ein Referat zu einem relevanten Aspekt mit anschließendem Austausch zu halten.

7.3.5 Sexualerziehung in körpernahen Situationen

Körpernahe Situationen sind im pädagogischen Alltag bei Menschen mit schweren Behinderungen durch die Pflege, aber auch teilweise durch die Förderung (beispielsweise in der basalen Stimulation) gegeben.

Was die basale Förderung betrifft, so werden hier von befragten Lehrerinnen eher wenige Probleme in Bezug auf die sexuelle Entwicklung der Schüler gesehen. Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass der Intimbereich leicht übergangen werden kann. Es sind in der Förderung auch nicht so viele unterschiedliche Personen am Schüler zugange

210 Vgl. Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 206

211 Vgl. Couchoud/Neumann 1994, 116

212 Vgl. ebd.

wie in der Pflege. Das liegt daran, dass Freiwillige im sozialen Jahr und Krankenschwestern nicht die notwendige Qualifikation zur Durchführung basaler Fördermaßnahmen haben.

Pflegesituationen hingegen werden von Lehrern als problematisch für eine gesunde sexuelle Entwicklung betrachtet. Sie sehen die Ausbildung von Schamgefühl, die Wahrung der Intimsphäre, das lustvolle Erleben des eigenen Körpers und die Entwicklung eines positiven Körperbildes dadurch bedroht. Eine Studie ergab, dass 3/4 der befragten Lehrerinnen mit sexualisiertem Verhalten der Schüler beispielsweise beim Toilettengang mehr oder weniger häufig konfrontiert wird. Es stellt sich die Frage, wie darauf im Sinne einer sexualfreundlichen Sexualerziehung zu reagieren ist. Die große Bandbreite der Reaktionen der Befragten zeigt, dass hierüber große Unsicherheit besteht. Jeweils etwa die Hälfte (Mehrfachnennungen waren möglich) bricht laut eigenen Angaben die Situation ab oder ignoriert das Verhalten. 1/3 der Befragten lässt das Verhalten zu, gibt dem Schüler eine gewisse Zeit und zieht sich zurück.²¹³ Für pflegende Personen wäre es hilfreich, eine sexualpädagogisch begründete Antwort auf die Frage zu haben, wieviel Sexualität in einer solchen Situation zuzulassen ist. Die Betrachtung anderer Pflegesituationen außerhalb der Schule ist hierbei als Orientierung wenig hilfreich. Krankenhäuser beispielsweise bemühen sich um eine höchstmögliche Entsexualisierung der Pflege (durch die Anrede „Schwester“ und die Schutzfunktion steriler Kleidung des Personals). In der Schule und im Wohnbereich ist hingegen der Zeitraum, in dem man auf Unterstützung bei der Körperpflege angewiesen ist, nicht so begrenzt wie bei einem Krankenhausaufenthalt. Mit der pflegenden Person hat man darüber hinaus auch in anderen Situationen Kontakt, es besteht eine Beziehung zwischen den Beteiligten. Eine Distanzierung von der intimen Situation, wie sie laut einer Studie Patienten im Krankenhaus möglich ist, ist Menschen, die lebenslang auf Pflege durch Bezugspersonen angewiesen sind, nicht möglich.²¹⁴ Auch eine Herangehensweise vonseiten der Lehrer, die der des Krankenhauses ähnelt, würde daran nichts ändern. Körperpflege hat für Menschen mit schweren Behinderungen außerdem eine weitreichendere Bedeutung als für andere, die nur kurzfristig dabei Hilfe benötigen. Es sind oft die einzigen Situationen, in denen sie ihren (nackten) Körper spüren können, durch eigene Berührungen, die anderer oder Wasser auf dem Körper und um ihn herum. Insbesondere der Intimbereich ist der Exploration nur hier zugänglich. Diese

213 Vgl. Ortland 2008, 103f

214 Vgl. Ortland 2008, 110f

Möglichkeiten zu nehmen, indem man die Situationen gewollt „entsexualisiert“, würde daher einer sexualfreundlichen Haltung widersprechen. Wie aber ist mit dem Unwohlsein, das Pädagogen bei sexuellem Verhalten während der Pflege empfinden, zu verfahren? Muss man es nun einmal „aushalten“?

Es ergibt sich ein zweifacher Anspruch an die Sexualpädagogik: Sie muss einerseits Unterstützungsmöglichkeiten für die pflegebedürftigen Menschen aufzeigen, damit diese die Notwendigkeit täglichen, intimen Körperkontaktes in die Entwicklung eines positiven Körperbildes und einer zufriedenstellenden Sexualität integrieren können²¹⁵. Gleichzeitig muss sie das Problem der pflegenden Pädagogen bearbeiten, den täglichen Eingriff in die Intimsphäre eines anderen für sich zu akzeptieren und in das professionelle Handeln zu integrieren²¹⁶.

Einer solchen theoretischen Grundlage entbehrt die pädagogische Praxis bisher. Fragt man Lehrer, wie die Probleme zu lösen wären, plädieren die meisten für Gleichgeschlechtlichkeit in der Pflege und möglichst wenige, langfristig beschäftigte Personen, die darin involviert sind²¹⁷. In der Realität sind diese Bedingungen jedoch selten gegeben. Anzustreben wäre außerdem, dass die Situationen durch geschlossene Türen der Intimbereiche störungsfrei sind und nicht unterbrochen werden müssen²¹⁸. Im Schulalltag ist häufig zu beobachten, dass beispielsweise beim Toilettengang die Türen nicht geschlossen werden, sofern die Schüler nicht selbst darauf achten, und Lehrer nicht ausreichend Zeit haben, um das in Ruhe mit einem Schüler zu erledigen.

7.3.6 Schutz vor sexualisierter Gewalt

Kinder und Jugendliche bilden eine von sexualisierter Gewalt vermehrt bedrohte Personengruppe. Bei Vorliegen einer körperlichen oder geistigen Behinderung ist das Risiko zusätzlich erhöht.²¹⁹ Diesbezügliche Prävention ist ein Anliegen jeder Sexualerziehung. Hierfür ist es notwendig, dass sich pädagogische Einrichtungen bewusst machen, dass Formen von sexualisierter Gewalt in der eigenen Institution vorkommen können. Es sollte eine Grundhaltung herrschen, die das Thema und das Sprechen darüber zulässt.²²⁰ Erwiesenermaßen verringert nämlich der offene Umgang einer Institution mit der potenziellen Gefahr die Wahrscheinlichkeit, dass entsprechende Vorkommnisse

215 Vgl. ebd., 110

216 Vgl. ebd.

217 Vgl. ebd., 104

218 Vgl. ebd.

219 Vgl. Ortland 2008, 113

220 Vgl. ebd., 119

eintreten.²²¹ Lehrer müssen im pädagogischen Alltag sensibel sein für Anzeichen für eine erlebte traumatisierende Situation. Kinder und Jugendliche machen meist in irgendeiner – wenn auch sehr subtilen – Form auf ihre Not aufmerksam.²²² Was das schulische Umfeld betrifft, so sind sexualisierte Übergriffe zwischen Schülern von denen durch Erwachsene zu unterscheiden. Sie haben eine andere Bedeutung und verlangen andere pädagogische Reaktionen. Wie gezeigt wurde, ist gegenseitige körperliche Exploration unter gleichaltrigen Kindern ein normaler Bestandteil der sexuellen Entwicklung²²³. Es ist notwendig, im Einzelfall einen Übergriff davon abzugrenzen. Kriterien eines solchen sind ein bestehendes Machtgefälle sowie die Unfreiwilligkeit eines oder mehrerer Beteiligter. Dieses Machtgefälle ist unter Kindern nicht, wie zwischen Erwachsenen und Kindern, strukturell gegeben, sondern aufgrund von gesellschaftlichen Merkmalen wie Alter, Geschlechtszugehörigkeit und körperliche oder geistige Unterlegenheit. Es handelt sich um ein vermeintliches Gefälle, das im Falle eines Übergriffes durch entschiedenes Einschreiten Erwachsener zu beenden ist. In Bezug auf die Freiwilligkeit ist es wichtig, die Situation genau zu beobachten. Die Freiwilligkeit zu Beginn eines gemeinsamen, harmlosen Spiels kann im Laufe dessen in Unfreiwilligkeit umschlagen. Das heißt, ein und dieselbe beobachtete sexuelle Handlung kann in der einen Situation freiwillig und somit tolerierbar, in einer anderen Situation erzwungen sein. Ist man in der Lage, diese Situationen zu unterscheiden, ist ein angemessener Umgang mit Übergriffen möglich, ohne dass damit eine sexualfeindliche Atmosphäre geschaffen wird. Ein solcher angemessener Umgang schenkt stets dem Betroffenen Kindes die oberste Priorität und erste Aufmerksamkeit. Das von der Gewalt betroffene Kind muss erfahren, dass das, was ihm geschieht, nicht in Ordnung ist. Es ist andernfalls auch in Zukunft nicht in der Lage, sich in einer ähnlichen Situation Hilfe zu holen. Auch für das übergriffige Kind ist es wichtig, eine Reaktion auf sein Verhalten zu erfahren. Die pädagogische Aufmerksamkeit gilt daher im zweiten Schritt auch diesem. Es muss lernen, dass solches Verhalten bestraft wird und nicht das von ihm dadurch beabsichtigte Resultat erzielt. Andernfalls besteht das Risiko, dass es in eine „Täterkarriere“ hineinwächst. Lernen durch Erfolg ist das zugrunde liegende Prinzip, das besagt, dass ein Verhalten, das sich durch Erfolge bewährt, wiederholt und allmählich verinnerlicht wird.²²⁴

221 Vgl. ebd., 121

222 Vgl. ebd., 114

223 Vgl. Kap. 3 dieser Arbeit

224 Vgl. Ortland 2008, 116f

Unabhängig von einem konkreten Vorfall sollte jedoch sexualisierte Gewalt Inhalt der gezielten Sexualerziehung sein. Ziele sind hier, dass die Schüler die Grenzen anderer erkennen und akzeptieren sowie den Grundsatz verinnerlichen, dass jeder das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung hat. Sie sollen ebenso lernen, ihren eigenen Unwillen deutlich zu machen. Die Schüler sind daher zu mehr Eigensinn zu ermutigen und Fremdbestimmung ist möglichst zu minimieren.²²⁵ Wissen der Schüler über die Problematik verringert ebenfalls erheblich ihre Gefährdung²²⁶. Es wird deutlich, dass es sich hier um Lernziele mit hoher Relevanz für Menschen mit schweren Behinderungen aufgrund der für sie erhöhten Gefahr handelt. Ebenso zeigt sich, dass diese Ziele für die Personengruppe wegen des hohen Maßes an Abhängigkeit in allen Lebensvollzügen und kognitiver Einschränkungen sehr schwierig zu erreichen sind.

7.4 Ziele, Inhalte und Grenzen einer Sexualerziehung bei Menschen mit schweren Behinderungen

7.4.1 Ziele

Die Sexualpädagogik schreibt auf Grundlage ihrer wissenschaftlichen Forschung Ziele für die Sexualerziehung von Kindern und Jugendlichen fest. Die Sexualandragogik tut dies für die Arbeit mit Erwachsenen. Die Disziplinen nehmen auch die Situation von Menschen mit Behinderungen in den Blick und weisen auf Kompetenzen hin, die für sie besonders wichtig sind. Die Gruppe der Menschen mit schweren Behinderungen hingegen findet in der Literatur wenig Beachtung. Viele dort formulierten Ziele sind für sie nicht zu erreichen oder aufgrund ihrer Lebenssituation weniger relevant. Es sollen daher hier die der Literatur zu entnehmenden Ziele einer Sexualpädagogik für Menschen mit (geistiger) Behinderung im Hinblick auf Menschen mit schweren Behinderungen betrachtet werden. Es handelt sich somit um eine Auswahl für sie anzustrebender Ziele, die durch die in dieser Arbeit dargestellten veränderten Voraussetzungen und Bedingungen ihrer Sexualität begründet ist.

Emanzipatorische Sexualpädagogik und -andragogik für schwerbehinderte Menschen hat die übergeordnete Intention, die erschwerenden Bedingungen ihrer Sonder-

225 Vgl. ebd., 117

226 Vgl. ebd., 120

Lebenswirklichkeit und somit auch sexuellen Entwicklung dahingehend zu normalisieren, dass keine Sonder-Sexualpädagogik notwendig ist. Diese Intention ist einzuordnen in Bemühungen einer grundsätzlichen Überwindung der Unterscheidung zwischen „normaler“ und Sonder-Pädagogik. Walter/Hoyler-Herrmann plädieren daher dafür, für Menschen mit Behinderungen keine anderen Ziele und methodischen Prinzipien anzusetzen als für andere auch.²²⁷ Es gibt allerdings Ziele, die Menschen mit schweren Behinderungen überfordern und an ihrer Lebenswirklichkeit vorbeigehen. Zu nennen sind hier das Erlangen von Wissen über Sexualität, das aufgrund von kognitiven Einschränkungen der Personengruppe zu einem großen Teil nicht möglich ist, sowie alle Ziele, die sexuelle Partnerschaftsbeziehungen betreffen. Wie gezeigt wurde, ist die Sexualität schwerbehinderter Menschen meist nicht in soziale Beziehungen eingebettet²²⁸. Ein für sie wichtiges Ziel ist aber z.B., **sexuelle Kommunikations- und Interaktionskompetenz** zu erlangen²²⁹. Es geht darum, in der Lage zu sein, die eigenen Bedürfnisse und auch den eigenen Unwillen zu kommunizieren. Es sollen auch die Bedürfnisse anderer erkannt werden. Auf beides, die eigenen Bedürfnisse sowie die anderer, soll in Orientierung an sozialen Normen angemessen reagiert werden. Menschen mit schweren Behinderungen sollen also durch Sexualerziehung auch in die Lage versetzt werden, **sexuelle Verhaltensregeln einzuhalten** (z.B. nicht jeden zu umarmen oder eine andere Person gegen ihren Willen bei sich festzuhalten)²³⁰. Sie sollen so über eine gelungene sexuelle Sozialisation ein **höheres Maß an sozialer Integration** erlangen²³¹. Ein weiteres Ziel der Sexualerziehung ist, die **eigene, individuell passende Sexualität zu finden**²³². Es geht hier darum, sich über Vorlieben und Abneigungen klar zu werden und Wege zu finden, diese auszuleben oder zu vermeiden. So können einerseits mehr **Kompetenzen im Bereich Selbstversorgung** erlangt werden²³³, indem es der Person ermöglicht werden soll, eigenverantwortlich in Bezug auf die Erfüllung sexueller Bedürfnisse zu handeln. Andererseits ebnet das Bewusstsein über die eigene, passende Sexualität den Weg hin zum **Erkennen von sexualisierter Gewalt**²³⁴, indem die Person früher erkennen kann, dass eine Situation sich für sie unangenehm entwickelt, dass etwas

227 Vgl. Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 262

228 Vgl. Kap. 4 dieser Arbeit

229 Vgl. Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 263

230 Vgl. Ortland 2008, 107

231 Vgl. Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 263

232 Vgl. Ortland 2008, 107

233 Vgl. Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 263

234 Vgl. Ortland 2008, 107

passiert, was sie nicht möchte. Sexualerziehung will in diesem Sinne zur Persönlichkeitsbildung beitragen. Angestrebtes Resultat ist die **Identität als erwachsene Frau oder erwachsener Mann**²³⁵. Die positiv entwickelte, das heißt sowohl für die Person selbst als auch für das Umfeld zufriedenstellende, erwachsene Sexualität ist eine wichtige Grundlage für ein **positives Selbstwertgefühl**²³⁶. Wie bereits festgestellt wurde, ist die Sexualität ein in hohem Maße mit der Einschätzung des Selbstwertes verknüpfter Persönlichkeitsbereich. Sexualerziehung intendiert daher immer auch ein diesbezüglich positives Resultat.

7.4.2 Inhalte und methodische Umsetzung

Den beschriebenen Zielen für die Sexualerziehung schwerbehinderter Menschen können Inhalte zu deren Erreichung zugeordnet werden. In der methodischen Umsetzung ergeben sich Schwierigkeiten, da vieles sehr konkret anschaulich gemacht und hierfür direkt am und mit dem Körper gearbeitet werden muss. Weitere Ausführungen hierzu sind dem Unterpunkt 7.4.3 „Probleme und Grenzen“ zu entnehmen.

Positives Selbstwertgefühl

Für eine positive Selbstbewertung ist es unerlässlich, dass der eigene Körper angenommen werden kann. Da dies für Menschen mit schweren Behinderungen oft schwierig ist²³⁷, muss Sexualerziehung hier in besonderem Maße versuchen, zu unterstützen. Es geht zuerst darum, den eigenen Körper und seine Teile wahrzunehmen. Es ist für einen Menschen ohne Sensibilität in der unteren Körperhälfte beispielsweise nicht ohne Weiteres zu erkennen, dass er Beine und auch einen Intimbereich hat. Diese Wahrnehmung kann ebenfalls erschwert sein durch Deformitäten und eine Körperhaltung, die es verhindert, dass alle eigenen Körperteile sichtbar sind. Einige Formen der Lagerung verhindern das ebenfalls. Um das Erspüren des eigenen Körpers zu unterstützen, können z.B. Massagen eingesetzt werden²³⁸. Es können verschiedene Techniken zur Anwendung kommen wie Abklopfen, Abstreichen, Wärme, Kälte und verschiedene Materialien auf der Haut oder Vibration. Wichtig ist, dass der gesamte Körper einschließlich des

235 Vgl. Hoyler-Herrmann 1994, 29

236 Vgl. Schmetz 1983 zit. n. Walter/Hoyler-Herrmann 1987, 252

237 Vgl. Kap. 3 dieser Arbeit

238 Vgl. Couchoud/Neumann 1994, 120f

Intimbereiches bearbeitet wird. Eltern können bei ihren Kindern hier auch unterstützend tätig werden. Einige Entwicklungsstufen kann man nutzen, beispielsweise indem man das entwicklungsbedingte Interesse eines Kindes an seinem Genitalbereich oder dem der Eltern wahrnimmt und es ermutigt, ihn zu erforschen (gegebenenfalls auch mit Unterstützung durch Handführung)²³⁹. Eine weitere Möglichkeit ist, einen Körperumriss zu zeichnen²⁴⁰. Hierfür ist es wichtig, dass die Person den Zeichenvorgang auch fühlt (z.B. durch wenig Kleidung am Körper) und das Resultat unmittelbar danach sehen kann. Die Selbsterkundung kann durch eine Lagerung erleichtert werden, die möglichst viel Bewegung zulässt²⁴¹. Um den auf diese Weise wahrgenommenen eigenen Körper in einem nächsten Schritt akzeptieren zu lernen, ist es notwendig, angenehme Körpererfahrungen zu machen. Hierfür eignen sich viele Techniken, die im Rahmen so genannter „Wellness-Angebote“ zum Einsatz kommen (z.B. warmes Wasser auf und um den Körper, angenehm riechende Öle bei der Massage, entspannende Musik und Raumgestaltung).

Die eigene Sexualität finden

Alle genannten Maßnahmen der Selbstexploration dienen auch dem Finden der eigenen, individuell passenden und zufriedenstellenden Sexualität. Darüber hinaus kann auch Sexualassistenten auf dieses Ziel hinarbeiten²⁴². Es ist wichtig, sowohl im Alltag, beispielsweise in Pflegesituationen, als auch in einem entsprechenden Setting hierfür ausreichend Zeit zu geben²⁴³. Es kann auch angebracht sein, Hilfsmittel (beispielsweise für die Selbstbefriedigung) einzusetzen²⁴⁴.

Kompetenzen der Selbstversorgung

Können die eigenen Bedürfnisse erkannt werden, kann im Rahmen von sexueller Assistenz auch daran gearbeitet werden, diese eigenverantwortlich, z.B. über die Handhabung von Hilfsmitteln, zu erfüllen. Der schwerbehinderte Mensch gewinnt somit eine wertvolles Stück Selbstwirksamkeit.²⁴⁵

239 Vgl. Ortland 2008, 39

240 Vgl. Couchoud/Neumann 1994, 122

241 Vgl. Ortland 2008, 130

242 Vgl. Kap. 6 dieser Arbeit

243 Vgl. Ortland 2008, 130

244 Vgl. Ortland 2008, 68

245 Vgl. Kap. 6 dieser Arbeit

Erkennen von sexualisierter Gewalt

Angenehme Körpererfahrungen sollten von unangenehmen unterschieden werden können²⁴⁶. Das ist für die Prävention von sexualisierter Gewalt unbedingt notwendig. Die Erarbeitung dieser Kompetenz hat m.E. ihren Platz im pädagogischen Alltag, da einem Menschen nicht absichtlich Gewalt angetan werden darf, indem man ihn unangenehmer Berührung durch einen anderen aussetzt, nur um diese Erfahrung zu vermitteln. Es gilt, sensibel auf gegebenenfalls unscheinbare Äußerungen des Unwillens im Alltag zu achten, um davon ausgehend eine Art und Weise zu finden, diesen anderen Personen deutlich, aber auch in sozial akzeptabler Form mitzuteilen²⁴⁷.

Sexuelle Verhaltensregeln

Um sexuelle Normen zu erkennen und zu lernen, diese einzuhalten, muss zunächst an dem angemessenen Verhältnis zwischen Nähe und Distanz gearbeitet werden²⁴⁸. Es gilt, deutlich zu machen, wieviel Nähe in welcher Situation angebracht ist und sich als Pädagoge gegebenenfalls auch entschieden zu distanzieren. Nur so ist für die Person ersichtlich, dass sie eine (soziale oder persönliche) Grenze überschritten hat. Wiederholt sich die Reaktion des Pädagogen, ist es wahrscheinlicher, dass das unangebrachte Verhalten in Zukunft in ähnlichen Situationen ausbleibt. Situationen können so für den schwerbehinderten Menschen zunehmend besser eingeordnet werden und er gewinnt Sicherheit im Verhalten. Darüber darf allerdings nicht vergessen werden, dass Menschen mit schweren Behinderungen vermehrt ihren Körper zur Interaktion nutzen (müssen), da ihnen andere Formen wie z.B. Sprache oft verwehrt sind²⁴⁹. Man sollte daher die Erwartungen in Bezug auf die Einhaltung sozialer Normen des Körperkontaktes dahingehend relativieren, dass der Person nicht wertvolle Interaktionsmöglichkeiten genommen werden. Ein weiterer Inhalt der Sexualerziehung sollte die Unterstützung der Entwicklung des Schamgefühls sein²⁵⁰. Ohne Einflussnahme – indem man beispielsweise auf geschlossene Türen der Intimbereiche sowie die Ausführung sexueller Handlungen ausschließlich dort achtet – ist diese oft im Vergleich zu Menschen ohne oder mit leichter

246 Vgl. Couchoud/Neumann 1994, 121

247 Vgl. Ortland 2008, 100

248 Vgl. ebd., 99

249 Vgl. Kap. 2 dieser Arbeit

250 Vgl. Ortland 2008, 97

Behinderung verändert²⁵¹. In einigen Fällen entwickelt sich kein Schamgefühl. Ein Verhalten, das bei anderen Anstoß erregt und zum sozialen Ausschluss führt, kann daraus resultieren²⁵².

Soziale Intergration

Das Einhalten von Verhaltensregeln, wie es durch die beschriebenen Maßnahmen angebahnt werden kann, ist eine wichtige Voraussetzung für die Erreichung des Zieles „soziale Integration“. Darüber hinaus kann versucht werden, die Sozialkontakte im Allgemeinen zu erweitern²⁵³. Es ist nicht notwendig, den Alltag von Menschen mit schweren Behinderungen vollständig zu „pädagogisieren“. Einige Formen angemessenen oder unangemessenen Verhaltens werden aus dem natürlichen Umgang miteinander im Zusammensein mit Menschen ohne Behinderung leicht ersichtlich. Ein Verhalten, das in der Schule, Wohngruppe oder Werkstatt toleriert wird, ist in einem anderen Zusammenhang möglicherweise nicht akzeptiert, wird als „unnormal“ wahrgenommen, was die Reaktionen des Umfeldes dann auch deutlich ausdrücken.

Sexuelle Kommunikations- und Interaktionskompetenz

Wie bereits gezeigt wurde, ist es für eine gesunde Sexualität wichtig, die eigenen Bedürfnisse dem Umfeld mitteilen zu können. Erschwerte Kommunikationsmöglichkeiten schränken Menschen mit Behinderungen in vielen Lebenszusammenhängen erheblich ein²⁵⁴. Dies trifft auch auf den Bereich der Sexualität zu. Aus diesem Grund kann Sexualerziehung nur von Personen geleistet werden, die den schwerbehinderten Menschen gut kennen und seine „Sprache“ – gegebenenfalls auch non-verbal – verstehen²⁵⁵. Sie sind in der Lage, Äußerungen zu erkennen und richtig zu deuten. Auf der Basis einer verständnisvollen Beziehung zwischen Pädagoge und zu Erziehendem kann an der Ausweitung der kommunikativen Fähigkeiten gearbeitet werden, sodass sich die Person auch dem weiteren Umfeld verständlich mitteilen kann. Dies erfordert Einfühlungsvermögen und Geduld. Es handelt sich um ein höchst individuelles Vorgehen, für das an dieser Stelle keine Anleitung gegeben werden kann. Man kann versuchen, Worte zu finden, indem man beim Berühren des Körpers die Körperteile, insbesondere

251 Vgl. Kap. 3 dieser Arbeit

252 Vgl. Kap. 4 dieser Arbeit

253 Vgl. Ortland 2008, 130

254 Vgl. Kap. 2 dieser Arbeit

255 Vgl. Ortland 2008, 130

auch die Geschlechtsteile, benennt²⁵⁶. Ob die Worte mit der Bedeutung verknüpft werden ist abhängig von dem Sprachverständnis der Person. Ist dies möglich, können auch sexuelle Handlungen, beispielsweise in der Sexualassistenz, benannt werden.

Findung der Erwachsenenidentität

Am Beginn der Wahrnehmung der eigenen Person als erwachsene Frau oder erwachsener Mann durch den schwerbehinderten Menschen steht die Anerkennung als solche durch das Umfeld. Es gilt daher, sich als Pädagoge darüber bewusst zu sein, dass man es trotz aller Entwicklungsrückstände und Abhängigkeiten mit einem erwachsenen Menschen zu tun hat, und sich dementsprechend zu verhalten. Hierin fällt die Anrede mit „Sie“, sofern man kein enges Verhältnis zu der Person hat. Eine Konsequenz der Anerkennung des Erwachsenseins sollte auch sein, zu versuchen, die Abhängigkeiten weitestgehend zu reduzieren, also auf das höchstmögliche Maß an Selbstbestimmung hinzuarbeiten. Einem Erwachsenen sind mehr Freiräume zu gewähren als einem Kind. Unterstützend bei der Wahrnehmung als Frau oder Mann kann weiterhin geschlechtsbewusste Kleidung und Frisur, gegebenenfalls auch Make-up, sein.²⁵⁷ Man kann außerdem Collagen mit Bildern aus Zeitschriften und anderen Medien erstellen. Diese können beispielsweise Abbildungen von Frauen sowie geschlechtstypische Gegenstände enthalten. Eine weitere Collage mit analogen Darstellungen von Männern kann gegenübergestellt werden und so den Unterschied verdeutlichen. Eine ähnliche Gegenüberstellung ist für die Unterscheidung zwischen Jungen und Männern oder Mädchen und Frauen denkbar. Es ist darauf zu achten, dass hierfür nicht nur normgetreue Darstellungen verwendet werden, da es schwerbehinderten Menschen sonst schwerfallen kann, sich mit den ausschließlich nicht behinderten Personen auf den Bildern zu identifizieren.²⁵⁸ Insgesamt handelt es sich hier um eine Methode, die sich vermutlich nur für wenige Personen mit schweren Behinderungen eignet, weil die kognitiven Fähigkeiten für den Transfer vom Bild zur eigenen Person oft nicht ausreichen.

7.4.3 Probleme und Grenzen

Wie bereits angedeutet wurde, stoßen die durch die Ziele begründeten Inhalte einer Sexualerziehung von Menschen mit schweren Behinderungen insbesondere in Bezug auf

256 Vgl. Couchoud/Neumann 1994, 123

257 Vgl. Hoyer-Herrmann 1994, 30

258 Vgl. Couchoud/Neumann 1994, 121f

die methodische Umsetzung an ihre Grenzen. Maßnahmen, die den (nackten) Genitalbereich einbeziehen, überschreiten die Grenzen dessen, was an Schulen und anderen Institutionen geleistet werden darf. Eine Sexualerziehung von Menschen mit schweren Behinderungen ist daher, wenn sie nicht auf vieles, was wichtig und möglich wäre, verzichten möchte, kaum von sexueller Assistenz zu trennen. Sexuelle Assistenz als für die Bearbeitung vieler Inhalte einzig denkbare Setting steht gegenwärtig aber nur wenigen Menschen der Personengruppe überhaupt offen. Für Kinder und Jugendliche kommt sie rechtlich nicht infrage²⁵⁹. Daraus ergibt sich die Konsequenz, dass einige sexualerzieherische Maßnahmen, die der Entwicklungsphase des Kindes oder Jugendlichen entsprechen würden, wenn überhaupt nur durch das Elternhaus geleistet werden können. Die sexuelle Erziehung verlagert sich somit zu einem großen Teil ins Erwachsenenalter. An dieser Stelle ist noch einmal auf die kompensatorische Aufgabe der Sexualandragogik hinzuweisen, die dabei unterstützen muss, einige Entwicklungsschritte nachzuholen.

Von den in der Literatur vorgeschlagenen Methoden zur Bearbeitung sexualpädagogischer Themen eignen sich die wenigsten für die Belange von Menschen mit schweren Behinderungen. Sie stellen mehrheitlich eine intellektuelle Überforderung der Personengruppe dar. Was das Material betrifft, so entspricht dies zum einen ebenfalls nicht den kognitiven Voraussetzungen, zum anderen ist es meist kind- und nicht erwachsenengerecht²⁶⁰. Darstellungen körperlicher Liebesbeziehungen und von Sexualität für Erwachsene sind fast ausschließlich pornographisch²⁶¹.

Viele Themen, die üblicherweise die Sexualerziehung dominieren, sind unpassend in Bezug auf die Lebenswirklichkeit von Menschen mit schweren Behinderungen. Hier sind die Bereiche Partnerschaft und Ehe, Schwangerschaft und Elternschaft, Geschlechtsverkehr und Empfängnisverhütung zu nennen²⁶².

Eine Betrachtung der beschriebenen, für sie wichtigen Inhalte macht deutlich, dass einige davon nicht explizit thematisiert werden können, sondern Gelegenheiten für ihre Bearbeitung im pädagogischen Alltag erkannt und genutzt werden müssen. Dies erfordert ein Bewusstsein der Erzieher über ihre Verantwortung für die sexuelle Erziehung der zu Betreuenden auch in Alltagssituationen sowie eine hohe Sensibilität, um solche

259 Vgl. Kap. 5 dieser Arbeit

260 Vgl. Couchoud/Neumann 1994, 119

261 Vgl. ebd.

262 Vgl. Kap. 4 dieser Arbeit

Gelegenheiten erkennen zu können. Weiterhin ist eine vertraute Beziehung wichtig. Zum einen deshalb, weil es sich bei der Sexualität um einen intimen Persönlichkeitsbereich handelt, in den nicht jeder eingreifen darf. Zum anderen schon allein deshalb, weil andernfalls, wie gezeigt wurde, Kommunikation nicht gelingen kann. In der Literatur hingegen zeigt sich die Tendenz, die Durchführung explizit sexualerzieherischer Maßnahmen von einem externen Mitarbeiter statt einer vertrauten Bezugsperson zu befürworten²⁶³. Als Gründe sind zu nennen, dass unbefangener und freier mit dem Thema umgegangen werden kann als zwischen Personen, die täglich miteinander zu tun haben und dass die Beziehung nicht in eine bestimmte Richtung vorgeprägt ist. Für Menschen mit schweren Behinderungen kommt dies, auch aufgrund der Notwendigkeit erhöhten Körperkontaktes, nicht infrage.

Erschwert ist außerdem die Gestaltung der präventiven Arbeit im Hinblick auf sexualisierte Gewalt. Neben der Unmöglichkeit, Sachwissen auf diesem Gebiet zu erlangen, behindert auch das hohe Maß an körperlicher und psychischer Abhängigkeit die Erlangung der Kompetenz, sich Hilfe zu holen. Für die Arbeit in körpernahen Situationen sind Pädagogen außerdem in erhöhtem Maße gefährdet, mit dem Vorwurf der sexualisierten Gewalt konfrontiert zu werden²⁶⁴.

Es gestaltet sich für schwerbehinderte Menschen auch schwierig, im Sinne einer Individualisierung den Bedarf für die Inhalte, insbesondere einer Sexualandragogik, zu evaluieren²⁶⁵. Die eigenen Wünsche zu dem Thema und was den Personen selbst in Bezug darauf wichtig ist, lassen sich nur schwer herausfinden.

8. Fazit

In Bezug auf die Ausgangsfrage, die mich zur Beschäftigung mit dem Thema bewog („Was kann man pädagogisch gegen „anstößiges“, sexualisiertes Verhalten schwer (geistig) behinderter Menschen tun?“), ist festzustellen, dass eine problemorientierte Sichtweise, die sich auf die aktuelle Situation beschränkt, zu keiner Lösung führen kann. Die Ursprünge für ein solches Problem sind in der Entwicklung zu suchen, man muss daher weit in die Biographie der betreffenden Person zurückblicken. Daraus erschließt sich die Erkenntnis, dass viele unerfüllte Bedürfnisse und Mangel Erfahrungen die Entwicklung

263 Vgl. Couchoud/Neumann 1994, 128

264 Vgl. Ortland 2008, 131

265 Vgl. ebd., 120

prägen, und dass die Gründe dafür zu einem großen Teil nicht in der Person selbst liegen, sondern sozial-gesellschaftlich durch die Art und Weise unseres (Nicht-)Umganges mit diesen Bedürfnissen bedingt sind.

Es ist aufwändig, zu versuchen, ein aktuelles sexuelles „Problem“ von Grund auf zu verstehen. Es zeugt gleichzeitig von hohem Respekt der Person gegenüber, dies zu tun. Es bedeutet, dass ein Verhalten nicht mit der Begründung, der Mensch sei „halt behindert“ abgetan und ihm alleine die „Schuld“ daran zugeschoben wird. Die Erkenntnis der Bedingtheit dieses Verhaltens durch äußere Einflüsse bedeutet auch die Erkenntnis der Möglichkeit und Verantwortung, der Person zu helfen.

Hierin liegt eine große Chance, seit langem vernachlässigte Bedürfnisse und Mängel zu erkennen und zu bearbeiten. Sexuelle Äußerungen von schwerbehinderten Menschen können daher, auch wenn sie für uns zunächst störend sind, als Äußerungen von Lebensmut aufgefasst werden. Als Hilferuf, der emotionale Verkümmern ausdrückt, als Zeichen dafür, dass die Person sich nicht aufgegeben hat und trotz vieler Enttäuschungen noch auf unsere Hilfe hofft. Die Bezeichnung der Sexualität als „Lebensenergie“²⁶⁶ erhält hierdurch eine neue Akzentuierung.

„Sexualfreundlichkeit“ heißt daher „Lebensfreundlichkeit“. Es hat den Anschein, als existiere Sexualfreundlichkeit hauptsächlich in Extremen. Unsere gegenwärtige Gesellschaft ist in hohem Maße sexualisiert, sie macht sexuelle Befreiung vom Recht des Individuums zu seiner Pflicht. Die Allgegenwart von Sexualität in den Medien, der Druck, sexuellen und ästhetischen Idealnormen zu entsprechen, die Negierung der Scham als normaler Bestandteil des Menschseins²⁶⁷ sind Beispiele, die davon zeugen. Es herrscht eine große Diskrepanz zwischen dem so gearteten sexuellen Mainstream und der Sexualität von Menschen mit Behinderungen. Hierin liegt m.E. ein Grund dafür, warum der gesamtgesellschaftliche Umgang mit ihrer Sexualität in hohem Maße sexualfeindlich ist. Von dieser Sexualfeindlichkeit sind Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, wie gezeigt wurde, nicht freizusprechen. Offensichtlich existiert kein Bild von Sexualität, das unsere normierte Mainstreamvorstellung mit der Lebenswirklichkeit dieser Menschen zusammenbringen kann. Anzustreben wäre also ein sexualfreundlicher Mittelweg zwischen den Extremen. Dies hätte nicht nur den positiven Effekt, dass behinderten Menschen so Wege zur mehr Teilhabe geebnet werden, sondern würde auch dazu

266 Vgl. Sielert 1993 zit. nach Ortland 2008, 92

267 Vgl. Ahrbeck 2004, 182

beitragen, dass sich unser eigenes Verhältnis zur Sexualität entspannt.

Die Sexualität von Menschen mit schweren Behinderungen wird insbesondere durch die Defizite, die die Sexualpädagogik in diesem Bereich aufweist, behindert. Wie gezeigt wurde, schließen viele ihrer Ziele, Inhalte und Methoden die Personengruppe aus. Eine mögliche Chance liegt hier in der sich allmählich öffnenden Diskussion um Sexualassistenz. Es ist zu hoffen, dass diese vermehrt als Möglichkeit für die Bearbeitung sexualpädagogischer Themen erkannt wird. Ein organisatorischer und rechtlicher Rahmen für das Zusammenbringen von Sexualpädagogik und Sexualassistenz muss noch geschaffen werden. Ist dies geleistet, kann ein Zugang zu einer Sexualerziehung der Personengruppe geschaffen werden, die ihren Voraussetzungen gemäß ist.

9. Literatur

- **Ackermann, K.:** *Selbstbestimmtes Leben und Sexualassistenz – Dienstleistungsangebote für Erwachsene mit geistiger Behinderung*, in: Ahrbeck, B., Rauh, B. (Hrsg.): *Behinderung zwischen Autonomie und Angewiesensein*, Stuttgart (Kohlhammer) 2004, 163-174
- **Ahrbeck, B.:** *„Unterstützte Sexualität“ als autonomer Akt? Kritische Überlegungen und laienhafte Fragen*, in: Ahrbeck, B., Rauh, B. (Hrsg.): *Behinderung zwischen Autonomie und Angewiesensein*, Stuttgart (Kohlhammer) 2004, 175-191

- **Bach**, H.: *Zum Begriff „Schwerste Behinderung“*, in: Fröhlich, A. (Hrsg.): Handbuch der Sonderpädagogik Bd. 12 (Pädagogik bei schwerster Behinderung), Berlin (Volker Spiess) 1991, 3-14
- **Bader**, I.: *Körperlichkeit und Sexualität*, in: Fröhlich, A. (Hrsg.): Handbuch der Sonderpädagogik Bd. 12 (Pädagogik bei schwerster Behinderung), Berlin (Volker Spiess) 1991, 219-229
- **Couchoud**, H. / **Neumann**, U.: *Von der Schwierigkeit, den Mittelweg zu finden. Sexualpädagogische Bildungsarbeit mit geistigbehinderten Erwachsenen, deren Eltern und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen*, in: Hoyler-Herrmann, A., Walter, J. (Hrsg.): Sexualpädagogische Arbeitshilfe für geistigbehinderte Erwachsene und ihre Bezugspersonen, 3., ergänzte Aufl., Heidelberg (C. Winter) 1994, 115-131
- **Dank**, S.: *Denkanstöße zur Sexualität schwerstbehinderter Menschen*, in: Geistige Behinderung 2/1993, 116-133
- **de Vries**, N.: *Unterstützte Sexualität bei geistig behinderten Menschen. Bericht einer Sexualbegleiterin*, in: Hoyler-Herrmann, A., Walter, J. (Hrsg.): Sexualpädagogische Arbeitshilfe für geistigbehinderte Erwachsene und ihre Bezugspersonen, 3., ergänzte Aufl., Heidelberg (C. Winter) 1994, 156-162
- **Fornefeld**, B.: *Menschen mit komplexer Behinderung – Klärung des Begriffs*, in: Fornefeld, B. (Hrsg.): Menschen mit komplexer Behinderung. Selbstverständnis und Aufgaben der Behindertenpädagogik, München (Ernst Reinhardt) 2008, 50-64
- **Hoyler-Herrmann**, A.: *Sexualpädagogik bei geistigbehinderten Erwachsenen. Eine Einführung in die Arbeitshilfe*, in: Hoyler-Herrmann, A., Walter, J. (Hrsg.): Sexualpädagogische Arbeitshilfe für geistigbehinderte Erwachsene und ihre Bezugspersonen, 3., ergänzte Aufl., Heidelberg (C. Winter) 1994, 25-44
- **Jacobi**, V.: *Juristische Aspekte der Sexualität Geistigbehinderter*, in: Walter, J. (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung, 6. Aufl., Heidelberg (C. Winter) 2005, 102-109
- **Kerpa**, U.: *Entwicklungspsychologische Theorien zu Sexualität und Sexualerziehung*, in: Färber, H., Lipps, W., Seyfarth, T. (Hrsg.): Sexualität und Behinderung. Umgang mit einem Tabu, 2., unveränderte Aufl., Tübingen (Attempo) 2000, 76-103
- **Lenckner**, T.: *Juristische Aspekte im Umgang mit der Sexualität behinderter Menschen*, in: Färber, H., Lipps, W., Seyfarth, T. (Hrsg.): Sexualität und

Behinderung. Umgang mit einem Tabu, 2., unveränderte Aufl., Tübingen (Attempto) 2000, 169-183

- **Ortland, B.:** *Behinderung und Sexualität. Grundlagen einer behinderungsspezifischen Sexualpädagogik*, Stuttgart (Kohlhammer) 2008
- **Stinkes, U.:** *Sexualität und Behinderung – kein Tabuthema mehr?!*, entnommen aus: http://www.sfk.s.bw.schule.de/pdfs/vortrag_stinkes.pdf (02.04.2012, 20:54h)
- **Walter, J. / Hoyer-Herrmann, A.:** *Ansätze und Perspektiven einer Sexualandragogik geistigbehinderter Menschen*, in: Walter, J., Hoyer-Herrmann, A.: *Erwachsensein und Sexualität in der Lebenswirklichkeit geistigbehinderter Menschen. Biographische Interviews*, Heidelberg (Edition Schindele) 1987, 243-265

Versicherung

Hiermit versichere ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbstständig angefertigt, nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und alle Stellen, die dem Wortlaut oder dem Sinne nach anderen Werken, gegebenenfalls auch elektronischen Medien, entnommen sind, durch Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht wurden. Entlehnungen aus dem Internet sind durch einen datierten Ausdruck belegt.

Reutlingen, den _____

Unterschrift